

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

دانشکده بهداشت

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

عنوان

بررسی حیطه های عملکردی سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت ایران و ارتباط آن با رضایت

بیمه شدگان در استان تهران : ۹۲/۹۳

استاد راهنما

سرکار خانم دکتر رفعت محبی فر

اساتید مشاور

جناب آقای دکتر موسی طباطبایی لطفی

سرکار خانم الناز قناتی

نگارش

نفیسه قاسمی

دی ۱۳۹۳

در اینجا بر خود لازم می‌دانم از تمامی اساتید محترم و بزرگوارم سرکار خانم دکتر

محبی فر (استاد راهنما)، جناب آقای دکتر موسی طباطبایی (استاد مشاور)، سرکار

خانم قناتی (استاد مشاور) و همچنین از کلیه مسئولین و پرسنل محترم وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در انجام این پایان نامه مساعدت‌های لازم را

مبذول داشته اند تشکر نمایم.

تقدیم به:

"پدر و مادر عزیزم که توفیق خود را نتیجه راهنمایی ها، زحمات، فداکاری ها، دلسوزی ها و

دعای خیر ایشان می دانم؛ باشد که قطره ایی از دریای بیکران محبت هایشان را سپاس گفته

باشم."

بررسی حیطه های عملکردی سازمان های تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت ایران و ارتباط آن با رضایت بیمه شدگان در استان تهران : ۹۲/۹۳

چکیده

زمینه: در سال های اخیر استفاده از نظر مددجویان و میزان رضایت بیماران در بخش خدمات بهداشتی درمانی به یک واقعیت غیر قابل انکار تبدیل شده است. با توجه به نقش بیمه های درمان در زندگی افراد، رضایت بیمه شدگان نیز، اهمیتی خاص تر می یابد. رضایت بیمار در بخش بیمه های درمان پیچیده است و تحت تاثیر عوامل گوناگونی قرار دارد. با سنجش عوامل موثر بر رضایتمندی بیمه شدگان، می توان قدمی در راستای تعیین مشکلات، برآورد انتظارات مشتریان و در نتیجه بهبود کیفیت و کارایی خدمات درمانی برداشت.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین رضایتمندی بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تامین اجتماعی استان تهران و ارتباط آن با حیطه های عملکردی انجام گرفته است.

روش: این مطالعه از نوع ترکیبی بود که مشتمل بر دو بخش کیفی و کمی بود. قسمت کیفی پژوهش با مصاحبه با مدیران هر دو سازمان تکمیل گردید. بخش کمی پژوهش بر روی ۲۲۹ بیمه شده سازمان بیمه سلامت ایران و ۳۸۴ بیمه شده سازمان تامین اجتماعی در استان تهران انجام گرفت. ابزار گردآوری داده های رضایتمندی، پرسشنامه به صورت طیف چند درجه ای لیکرت بوده که بعد از اطمینان از روایی و پایایی آن با مطالعه مقدماتی (pilot study) مورد استفاده قرار گرفت. بعد از آن اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی تحلیلی و با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شدند. حیطه های عملکردی و وضعیت عملکرد سازمانها نیز با مصاحبه نیمه ساختاریافته با مدیران دو سازمان تعیین شدند.

یافته ها: میانگین نمره رضایتمندی در سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت ایران ۲/۸ و ۲/۷ بود. در سازمان بیمه سلامت، بیشترین میزان رضایت در حیطه حق بیمه (میانگین نمره ۳) به دست آمد. در بین صندوق ها بیشترین رضایت را صندوق روستایی (میانگین نمره ۲/۹) و کمترین نمره رضایت را صندوق ایرانیان (میانگین نمره ۲/۴) داشت. در سازمان تامین اجتماعی، حیطه انباشت خطر (میانگین نمره ۳/۲) بیشترین رضایتمندی را بین بیمه شدگان دارا بود. بین صندوق های این سازمان نیز صندوق اجباری (میانگین نمره ۲/۸) بیشترین رضایت را جلب کرده بود. یافته ها حاکی از این بود که بین تحصیلات، تعداد افراد تحت تکفل، شغل، اجباری و اختیاری بودن بیمه و رضایتمندی در هر دو سازمان ارتباط معناداری ($p < 0.01$) وجود دارد.

نتیجه گیری: در مجموع رضایتمندی بیمه شدگان هر دو سازمان متوسط ارزیابی شد. با این حال سازمان های بیمه گر می بایست تلاش نمایند نیازها و خواسته های مشتریان را به درستی بشناسند. با استفاده از نمرات رضایتمندی در هر حیطه عملکردی می توان دریافت که کدام حیطه نیاز به توجه بیشتری دارد تا از این طریق رضایت بیمه شدگان بیش از پیش تامین شود.

کلیدواژه ها: رضایتمندی، بیمه شده، حیطه عملکردی، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تامین اجتماعی

فهرست مطالب

۱- مقدمه	۲
۲-۱ بیان مسئله و اهمیت پژوهش	۲
۳-۱ اهداف و فرضیات	۶
۱-۳-۱ هدف اصلی	۶
۲-۳-۱ هدف فرعی	۶
۳-۳-۱ هدف کاربردی	۷
۴-۳-۱ سوالات پژوهش	۷
۵-۳-۱ فرضیات پژوهش	۷
فصل دوم: بررسی متون	۸
۱-۲ مقدمه	۹
۲- مبانی نظری پژوهش	۹
۱-۲-۱ تاریخچه بیمه	۹
۲-۲-۱ بیمه سلامت	۱۲
۳-۲-۱ حیطه های عملکردی	۱۵
۱-۳-۲-۱ تامین منابع مالی	۱۶
۲-۳-۲-۱ اثبات خطر	۱۸
۳-۳-۲-۱ حق بیمه	۲۰

۲۱.....	۴-۳-۲-۲ بسته بیمه.....
۲۲.....	۵-۳-۲-۲ دسترسی به خدمت.....
۲۲.....	۴-۲-۲ وضعیت ایران.....
۲۵.....	۵-۲-۲ رضایت گیرندگان خدمت.....
۲۸.....	۳-۲ مرور مطالعات انجام یافته.....
۲۸.....	۱-۳-۲ مطالعات انجام یافته در ایران.....
۳۵.....	۲-۳-۲ مطالعات انجام یافته در جهان.....
۳۸.....	فصل سوم: روش پژوهش.....
۳۹.....	۱-۳ مقدمه.....
۳۹.....	۲-۳ نوع پژوهش.....
۳۹.....	۳-۳ جامعه پژوهش.....
۴۰.....	۴-۳ حجم نمونه و روش نمونه گیری.....
۴۲.....	۵-۳ روش گردآوری داده‌ها.....
۴۳.....	۶-۳ ابزار گردآوری داده‌ها.....
۴۵.....	۷-۳ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۴۵.....	۸-۳ مکان و زمان انجام پژوهش.....
۴۵.....	۹-۳ محدودیت های پژوهش.....
۴۶.....	۱۰-۳ ملاحظات اخلاقی.....
۴۷.....	۱۱-۳ تعریف واژه ها.....
۴۹.....	فصل چهارم: یافته ها.....

۱-۴	مقدمه.....	۵۰
۲-۴	فراوانی و توصیف آماری متغیرهای دموگرافیک نمونه مورد مطالعه.....	۵۰
۱-۲-۴	فراوانی و توصیف آماری بیمه‌شدگان تامین اجتماعی.....	۵۰
۲-۲-۴	فراوانی و توصیف آماری بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت.....	۵۵
۳-۴	یافته‌های حاصل از اطلاعات اصلی.....	۶۰
۱-۳-۴	توصیف وضعیت میزان رضایت بیمه‌شدگان در حیطه‌های عملکردی بیمه تامین اجتماعی و بررسی روابط آنها.....	۶۰
۲-۳-۴	توصیف وضعیت میزان رضایت بیمه‌شدگان در حیطه‌های عملکردی بیمه سلامت و بررسی روابط آنها.....	۶۲
۴-۴	یافته‌های حاصل از شناسایی حیطه‌های عملکردی.....	۶۹
۷۵	فصل پنجم: بحث، نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادت.....	۷۵
۱-۵	مقدمه.....	۷۶
۲-۵	بحث.....	۷۶
۳-۵	نتیجه‌گیری.....	۸۴
۴-۵	ارائه پیشنهادت اجرایی.....	۸۵
۱-۴-۵	ارائه پیشنهاد برای پژوهش‌های بعدی.....	۸۶
۸۷	منابع	۸۷
۹۲	پیوست ۱.....	۹۲
۹۶	پیوست ۲.....	۹۶
۹۸	چکیده انگلیسی.....	۹۸

فهرست جدول ها

جدول ۳-۱	جامعه پژوهش و حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعه.....	۴۲
جدول ۱-۴	توزیع فراوانی و درصد سطح تحصیلات بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران.....	۵۱
جدول ۲-۴	توزیع فراوانی و درصد افراد تحت تکفل بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران.....	۵۲
جدول ۳-۴	توزیع فراوانی و درصد شغل سازمان تامین اجتماعی استان تهران.....	۵۳
جدول ۴-۴	توزیع فراوانی و درصد درآمد بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران.....	۵۳
جدول ۵-۴	توزیع فراوانی و درصد نوع صندوق بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران.....	۵۴
جدول ۶-۴	توزیع فراوانی و درصد سطح تحصیلات بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران.....	۵۶
جدول ۷-۴	توزیع فراوانی و درصد افراد تحت تکفل بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران.....	۵۷
جدول ۸-۴	توزیع فراوانی و درصد شغل بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران.....	۵۷
جدول ۹-۴	توزیع فراوانی و درصد درآمد بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران.....	۵۸
جدول ۱۰-۴	توزیع فراوانی و درصد نوع صندوق بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران.....	۵۸
جدول ۱۱-۴	میانگین و انحراف معیار میزان رضایت در حیطه‌های عملکردی صندوق‌های مختلف بیمه تامین اجتماعی.....	۶۰
جدول ۱۲-۴	رابطه بین حیطه‌های عملکرد بیمه‌ای سازمان تامین اجتماعی با همدیگر و رضایت کل بیمه‌شدگان.....	۶۱
جدول ۱۳-۴	رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با حیطه‌های عملکردی بیمه تامین اجتماعی.....	۶۲
جدول ۱۴-۴	میانگین و انحراف معیار میزان رضایت در حیطه‌های عملکردی صندوق‌های مختلف بیمه سلامت.....	۶۴
جدول ۱۵-۴	رابطه بین حیطه‌های عملکرد بیمه‌ای سازمان با همدیگر و رضایت کل بیمه‌شدگان.....	۶۵
جدول ۱۶-۴	رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با حیطه‌های عملکردی بیمه سلامت.....	۶۶
جدول ۱۷-۴	رابطه‌ی بین جنسیت و حیطه‌های عملکردی سازمان بیمه سلامت.....	۶۷

- جدول ۴-۱۸ میانگین و اختلاف میزان رضایت از حیطه‌های عملکردی و رضایت کل بیمه‌شدگان سازمان تامین ۶۸
- جدول ۴-۱۹ وضعیت حق بیمه در سازمان بیمه سلامت..... ۶۹
- جدول ۴-۲۰ وضعیت حق بیمه در سازمان تامین اجتماعی سلامت..... ۷۰
- جدول ۴-۲۱ وضعیت حیطه انباشت منابع در سازمان بیمه سلامت و تامین اجتماعی..... ۷۱
- جدول ۴-۲۲ وضعیت دسترسی به ارائه دهندگان خدمت در سازمان بیمه سلامت و تامین اجتماعی..... ۷۲
- جدول ۴-۲۳ وضعیت حیطه انباشت منابع در دو سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت ۷۳
- جدول ۴-۲۴ وضعیت حیطه تعامل با بیمه شدگان در سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت ۷۳
- جدول ۵-۲۴ وضعیت بسته خدمت در دو سازمان بیمه سلامت و تامین اجتماعی ۷۴

فهرست شکل ها و نمودارها

- شکل ۱-۲ مدل دویخیی بازار خدمات درمان..... ۱۴
- شکل ۲-۲ مدل سه بخشی بازار درمان ۱۵
- نمودار ۱-۴ توزیع فراوانی و درصد سن بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران..... ۵۰
- نمودار ۲-۴ توزیع فراوانی و درصد جنسیت بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران..... ۵۱
- نمودار ۳-۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت تاهل بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران..... ۵۲
- نمودار ۴-۴ توزیع فراوانی نوع بیمه در بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران..... ۵۴
- نمودار ۵-۴ توزیع فراوانی و درصد سن بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران..... ۵۵
- نمودار ۶-۴ توزیع فراوانی و درصد جنسیت بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران..... ۵۵
- نمودار ۷-۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت تاهل بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران..... ۵۶
- نمودار ۸-۴ توزیع فراوانی نوع بیمه بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران ۵۹

فصل اول :

مقدمه و بیان مسأله

۱-۱ مقدمه

سلامتی می تواند به عنوان یکی از مهمترین ارکان زندگی محسوب شود (طاووسی، ۲۰۱۲). زیرا سلامت انسانها بخشی از سرمایه ملی است که به طور دائم در معرض خطرات محیطی قرار دارد و نفع یا ضرر ناشی از آن متوجه تمام افراد جامعه می شود (وفایی، کریمی و صدقیانی، ۱۳۸۵). از این رو دولتها برای تمام افراد جامعه باید حداقلی از مراقبتهای بهداشتی را بدون توجه به توانایی افراد در پرداخت هزینه های درمانی فراهم آورند (زارع، ۱۳۸۵).

در این راستا بیمه درمانی مناسب ترین گزینه ای است که با ماهیتی مستقل، منابع مالی مورد نیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تامین می کند و نیاز این افراد در زمان بیماری را فراهم می سازد، بدون آنکه تحت تاثیر انگیزه های اقتصادی قرار گیرد (خالق نژاد، رضایی و ملکی، ۱۳۸۴).

با توجه به نقش بیمه های درمان در زندگی و سلامت افراد جامعه، رضایت بیمه گذاران آن نیز اهمیت خاصی می یابد. در واقع بیمه گذار علت اصلی تشکیل سازمان های بیمه ای می باشد به طوریکه یکی از رسالت های اصلی سازمان های بیمه ارضای نیاز های بیمه گذاران از طریق عرضه خدمات با کیفیت بالا به آنان است (غفوری، ۱۳۸۲). بنابراین با توجه به اهمیت رضایت و امنیت خاطر ایجاد شده برای بیماران تحت پوشش بیمه و بدنبال آن، تاثیر متقابل این موضوع بر سلامت فرد، خانواده و جامعه، بر آن شدیم که رضایتمندی بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت ایران و حیطه های عملکردی آن را شناسایی و بررسی نماییم.

۱-۲ بیان مساله و اهمیت پژوهش

در طی چند دهه گذشته سلامتی به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است (Giger & davidhizar, 2004). برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی با هدف ارتقاء، حفظ و تامین سلامت افراد یکی از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه ای می باشد (Lundy & Janes, 2009). چرا که در صورت وجود سطحی قابل قبول از

سلامت، افراد جامعه قادر خواهند بود از دیگر منابع حیات بهره گیرند و جمعیت سالم می تواند توسعه بیشتر را موجب شود و هزینه های کمتری را تحمیل کند (بابایی، ۱۳۸۲). از طرفی دیگر سلامت جلوه ای از عدالت و توسعه جوامع در تمامی ابعاد اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و انسانی به شمار می رود و نقش مستقیم دولت ها در تامین و ارتقای سلامت به وضوح مشهود می باشد، لذا ارائه صحیح و کامل خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت مطلوب توسط دولت به تمامی اقشار جامعه، از جمله اقدامات موثری است که می تواند در ارتقای سلامت جامعه نقش بسزائی داشته باشد (پوراسلامی، ۱۳۸۲).

همیشه در جامعه افرادی وجود دارند که قادر به پس انداز، حتی به میزانی که برای پرداخت هزینه های بسیار معمولی درمانی لازم است، نیستند و همچنین وقوع بیماری توأم با عدم قطعیت و نامعلومی است و هزینه های درمانی بسیار توان فرساست. مشکل اول با پرداخت یارانه به افراد نیازمند قابل حل است ولی مسئله دوم راه حل جامع تری را طلب می کند، زیرا پس اندازهای اختیاری افراد (معمولا) ناکافی اند (Witter, Ti, Jowelt, & Thompson, 2004). به عبارت دیگر یکی از اهداف مطلوب هر نظام سلامت ارائه سازوکارهای مناسب تامین مالی به منظور حمایت از خانوارها به هنگام تقاضا برای خدمات سلامتی است (قیاسوند و هادیان، ۱۳۹۰). هدف بسیاری از کشورهای جهان این است که نظام سلامت خود را به گونه ای طراحی کنند که مردم را در برابر هزینه های تامین سلامتی محافظت کند (Carrin, James, & Organization, 2004). در سال های اخیر علی رغم توسعه یافتگی جوامع و ارتقا سطح دانش بشری، ترس از بیماری، حوادث و عدم تامین هزینه های آن، نگرانی هایی را برای بشر ایجاد کرده است که این مساله باعث ابداع روش جدیدتری شده است که به کمک آن افراد در زمان بروز مشکلات یاد شده بتوانند امنیت خاطر داشته باشند (جعفری، اسلامی، حیدری و نصیری، ۱۳۸۶). بیمه درمانی مناسب ترین گزینه ای است که با ماهیتی مستقل، منابع مالی مورد نیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تامین می کند و نیاز این افراد در زمان بیماری را فراهم می سازد، بدون آنکه تحت تاثیر انگیزه های اقتصادی قرار گیرد (خالق نژاد، ۱۳۸۴). در نظام مراقبت بهداشت کشورهای توسعه یافته، بیمه درمانی همیشه از اصلی ترین موارد بیمه های اجتماعی محسوب می شود (کریمی، سالاریان و انبری، ۱۳۸۹). بنابراین بسیاری از دولت ها با پی ریزی سیاست هایی کوشیده اند که جمعیت کشورشان را تحت پوشش نظام بیمه ای و تامین اجتماعی قرار دهند (حسینی، ۱۳۸۲). در بیمه درمان اجتماعی نوع پرداخت افراد تحت پوشش یک طرح بیمه درمان

اجتماعی وابسته به درآمد آنها می باشد. سطح نرخ پرداخت و حق سرانه به هیچ وجه با خطراتی که سلامتی افراد را تهدید می کند یا با بیماری های قبلی در یک فرد و یا بیماری های مزمن بستگی ندارد. به عبارتی دیگر هدف اصلی بیمه درمان اجتماعی، پرداخت بر اساس میانگین سطح درآمد و استفاده افراد بر اساس نیازشان می باشد (صفدری، قاضی سعیدی، گوینی و منجمی، ۱۳۸۹). در واقع بیمه درمانی مناسب ترین گزینه برای برقراری عدالت اجتماعی در برخورداری مردم از مراقبت های بهداشتی است (حسینی، اسدی و اسماعیلی، ۱۳۹۰). لزوم وجود بیمه درمانی امروزه بر کسی پوشیده نیست چراکه باعث می شود مردم در زمان مقرر خدمات بهداشتی را دریافت کنند و از زندگی سالمی برخوردار شوند (R, Bonbjerg, & Hadley, 2007). در حالی که پوشش بیمه سلامت برای تامین سلامت کافی نیست، اما راهکاری مهم برای دسترسی به خدمات سلامت گران قیمت است. با افزایش هزینه های سلامت، که از افزایش دستمزدها پیشی گرفته است، افراد بیشتری به کمک های گسترده تر پوشش بیمه نیاز دارند. بیمه سلامت از مشتریان به ویژه آنان که دارای منابع مالی محدود یا نیاز بیش از حد معمول به خدمات سلامت هستند، محافظت می کند (عرب، کاووسی، روانگرد و استوار، ۱۳۹۳).

با توجه به نقش بیمه های درمان در زندگی و سلامت افراد جامعه رضایت بیمه گذاران آن نیز اهمیت خاصی می یابد (غفوری، ۱۳۸۳). ویلیامز به نقل از واری می نویسد خدمات بهداشتی که به بیماران ارائه می شود کیفیت مطلوبی ندارد مگر آنکه مددجویان از آن خدمت اظهار رضایت نمایند (Williams, 1994). یقیناً ارائه خدمات مطلوب و مناسب هم باعث اعتلای بهداشت جامعه می شود و هم زمینه رضایت مندی مشتریان را فراهم می کند (Ramprsd, 2004). بنابراین باید اقداماتی جهت ارتقای کیفیت خدمات انجام گردد، از این طریق است که نیازهای مشتری مرتفع گردیده و رضایت وی جلب می شود (Resiberh, 1996). از این رو هر سازمان ارائه دهنده خدمت به مردم (از جمله سازمان بیمه گر) می بایست به طور مستمر از نظرات مشتریان خود به صورت بازخورد استفاده کند تا با تشخیص نقایص فعالیتهای سازمان بتواند برنامه ای برای اصلاح آن تدوین نماید (صفدری، ۱۳۸۰).

از طرفی دیگر یکی از اصول اساسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ارزشیابی سیستم است و یکی از جنبه های ارزشیابی میزان رضایت از خدمات بهداشتی ارائه شده می باشد. رضایت دریافت کننده خدمات یکی از معیارهای بالا بودن

کارایی هر سیستم است. از آنجا که بیمار مشتری اصلی خدمات و محور بیمارستان می باشد رضایت او تا حدودی می تواند نشان دهنده انجام صحیح ارائه خدمات درمانی باشد. در واقع می توان گفت یکی از روش های اندازه گیری کیفیت خدمات، اندازه گیری رضایت است (Nketiah-Amponsah & Hiemenz, 2009). ارائه خدمات درمانی مطلوب و ایجاد رضایتمندی از جمله حمایت هایی است که به لحاظ ارتباط با سلامت بیمه شدگان و خانواده آنان و استمرار آن در طول مدت بیمه بودن هر فرد، از اهمیت بسیاری هم برای بیمه شدگان و هم برای سازمان بیمه گر برخوردار است.

بدیهی است نتایجی که از ارزیابی یا سنجش رضایتمندی گرفته می شود بسیار ارزشمند می باشد زیرا بعضی از واقعیاتی که به راحتی از بررسی های دیگر به دست نمی آید مانند توجه کافی به نیازها، مشارکت در تصمیم گیری ها و ارتباط با مراجعین و نحوه ارائه خدمات در این زمینه قابل دسترسی خواهد بود (Atkinson & Haran, 2005).

با توجه به اهمیت رضایت و امنیت خاطر ایجاد شده در راستای آن برای بیماران تحت پوشش بیمه و بدنبال آن، تاثیر متقابل این موضوع بر سلامت فرد، خانواده و جامعه، می توان گفت مطالعات سنجش رضایت مندی و عوامل موثر بر آن از اهمیت خاصی برخوردار است. برای بهبود سطح رضایت مشتریان نیز ضروری ست ابتدا عوامل موثر بر رضایت مشتری معین شود و سپس فعالیت ها و منابع سازمان به گونه ای هدایت گردد تا رضایت مشتریان بیش از پیش تامین شود (Crow, 2002). لذا در این تحقیق ضمن شناسایی حیطه های عملکردی سازمان های بیمه گر، ارتباط هر حیطه با رضایتمندی سنجیده می شود.

مطالعات نشان داده اند که عوامل زیادی می تواند میزان رضایت مشتریان را تحت تاثیر قرار دهد که از این میان، مطالعات پیشین غالبا رضایت را از بعد کیفیت خدمات درمانی بیمه شدگان سنجیده اند و کمتر مطالعه ای به بررسی تاثیر عوامل ساختاری و نحوه سیاست گذاری سازمان های بیمه گر در خصوص چگونگی ارائه پوشش بیمه ای توجه نموده است. لذا ضروری به نظر می رسد که تاثیر حیطه های عملکردی بیمه ای بر میزان رضایتمندی بیمه شدگان مورد بررسی قرار گیرد. چراکه با سنجش تاثیر این حیطه ها، می توان قدمی در راستای تعیین مشکلات، برآورد انتظارات مشتریان و در نتیجه بهبود کیفیت و کارایی خدمات درمانی برداشت. با توجه به این موضوع و از آنجایی که دو سازمان بیمه سلامت

ایران و بیمه تامین اجتماعی، بزرگترین سازمان های بیمه گر پایه ایران می باشند، در این مطالعه سعی شده است با تعیین رضایت بیمه شدگان این دو سازمان به شناسایی حیطه های عملکرد بیمه ای تاثیرگذار بر میزان رضایتمندی بیمه شدگان بپردازیم.

۱-۳ اهداف و فرضیات

۱-۳-۱ هدف اصلی

تعیین وضعیت حیطه های عملکردی سازمان بیمه تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت و ارتباط آن با رضایت بیمه شدگان در استان تهران؛ ۹۲/۹۳

۱-۳-۲ اهداف فرعی

- ۱- شناسایی و مقایسه حیطه های عملکرد بیمه ای سازمانهای تامین اجتماعی و بیمه سلامت ایران
- ۲- تعیین میانگین نمره رضایت بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی بر حسب صندوق های تابعه
- ۳- تعیین میانگین نمره رضایت بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران بر حسب صندوق های تابعه
- ۴- تعیین ارتباط حیطه های عملکرد بیمه ای سازمان بیمه تامین اجتماعی با رضایت کل بیمه شدگان آن سازمان
- ۵- تعیین ارتباط حیطه های عملکرد بیمه ای سازمان بیمه سلامت ایران با رضایت کل بیمه شدگان آن سازمان
- ۶- تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با رضایت کل بیمه شدگان هریک از سازمان های بیمه گر مورد مطالعه

۱-۳-۳ هدف کاربردی

با توجه به ماده ۳۸ بند ب برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مبنی بر الزام تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران، امید است نتایج این مطالعه بتواند پیشنهاداتی سازنده در زمینه نحوه ارائه خدمات این سازمان ارائه نماید.

۱-۳-۴ سؤالات پژوهش

میانگین نمره رضایت بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی در هریک از صندوق های تابعه آن به چه میزان است؟

میانگین نمره رضایت بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت بر حسب صندوق های تابعه به چه میزان است؟

۱-۳-۵ فرضیات پژوهش

بین حیطه های عملکردی سازمان های بیمه ای با رضایت کل بیمه شدگان ارتباط وجود دارد.

بین میزان رضایت بیمه شدگان سازمان های بیمه گر مورد مطالعه تفاوت وجود دارد.

بین ویژگی های دموگرافیک بیمه شدگان و میزان رضایت آنان ارتباط مستقیم وجود دارد.

فصل دوم :

بررسی متون

۲-۱ مقدمه

هدف از این فصل آشنا نمودن خواننده با موضوع مورد بحث است. در ابتدا مبانی نظری پژوهش بیان می شود و بعد از آن به مطالعات انجام شده در ایران و خارج از ایران پیرامون موضوع مورد بحث می پردازیم. با نگاهی به مطالعات و تحقیقات انجام شده درباره رضایت سنجی بیمه ها می توان دریافت که اکثر مطالعات، رضایت را از بعد کیفیت خدمات درمانی بیمه شدگان سنجیده اند و کمتر مطالعه ای به بررسی تاثیر عوامل ساختاری و نحوه سیاست گذاری سازمان های بیمه گر در خصوص چگونگی ارائه پوشش بیمه ای توجه نموده است.

۲-۲ مبانی نظری پژوهش

۲-۲-۱ تاریخچه بیمه

برخی معتقدند که بیمه از کلمه بیماء از زبان هنری گرفته شده است و برخی دیگر نیز نظر داده اند که بیمه از کلمه ترس اخذ شده است. آنها چنین استدلال می کنند که چون اولین بار روسها از ایران امتیاز گرفته اند و بعدها نیز در شرکت بیمه روسی به نام قفقاز و ناوزا در ایران مشغول فعالیت بیمه ای شدند، کلمه بیمه از لغت استراخوانی Straxovant که به معنی بیم و ترس است اخذ گردیده است. به هر حال ریشه لغوی بیمه هر چه باشد مفهوم و مکانیسم و تعاونی آن یکی است و آن عبارت است از موسسه و صندوق مشترکی که وظیفه اش سازمان دادن به افراد در معرض خطر از طریق جمع آوری وجوهی به منظور مقابله با مخاطرات اجتماعی است (المیری، ۱۳۸۲).

قانون بیمه ایران (مصوب اردیبهشت ماه ۱۳۱۶) بیمه را چنین تعریف می کند: بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می کند در ازای پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر در صورت بروز یا وقوع حادثه، خسارت وارد بر او را

جبران کند یا وجه معینی بپردازد. متعهد را بیمه گر و طرف تعهد را بیمه گذار و وجهی که بیمه گذار به بیمه گر می پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می شود موضوع بیمه می نامند(حافظی، ۱۳۹۱).

بیمه به شکل سنتی آن به مفهوم وجود نوعی تعاون و همراهی اجتماعی برای جبران خسارت بزرگ فرد یا افراد معدود، از طریق سرشکن آن بین همه افراد گروه یا جامعه، در دنیا از جمله ایران سابقه ای طولانی دارد. عموم پژوهندگان تاریخ بیمه بر این باور رسیده اند که نخستین شکل از آنچه "بیمه" نام گرفته در چند هزار سال پیش از این بین کاروانیان و بازرگانانی که خطر سفرهای دور و دراز زمینی یا دریایی را در پیش می گرفتند رواج داشته است و شواهد جداگانه ای از قوانین عرفی و شرعی که در این زمینه در شرق و غرب آسیا در سده های پیش از میلاد رایج بوده ارائه می دهند.

در یک نوشته روی پاپیروس که در مصر کشف شد و مربوط به ۴۵۰۰ سال پیش است درج شده است که مومیگران مصری هر موقع که یکی از کارکنان کارگاهشان فوت می کرد موظف بوده اند وارثان او را مورد حمایت قرار دهند. ولی قدیمی ترین بیمه به شکل امروزی آن، مربوط می شود به بیمه احشام قبل از سال ۱۳۵۰ میلادی که در منطقه فلاندر(بلژیک کنونی) رواج داشته است. در سال ۱۶۶۳ دولت هلند سربازان خود را در مقابل از دست دادن چشم، دست یا پا در جنگ بیمه می کرد. در انگلیس بین سال های ۱۸۴۵ تا ۱۸۵۰ بیمه حوادث مربوط به راه آهن شروع شد(حافظی، ۱۳۹۱).

در لوح های به جا مانده از دوره ساخت تخت جمشید در ۲۵۰۰ سال پیش، از نوعی خدمات شبه بیمه ای برای پرداخت غرامت به کارگران شاغل در ساخت بناهای این مجموعه در صورت مواجه شدن آنها با حادثه، نمونه های فراوانی درج شده است.

علاوه بر وظایفی که حکومت ها از لحاظ نظری و یا عملی برای حمایت از مال و جان اتباع داشته اند، اصناف مختلف تشکیل یافته در تشکیلات صنفی در بازارهای قدیمی ایران به طور معمول برای کمک به جبران خسارت های ناشی از حوادث ناخواسته ای که برای برخی از اعضای خود رخ می داده است، اقدام می کرده اند و با پیشگامی ریش سفیدان و

خیران و روسای صنف، ابزار کار یا سرمایه دیگری برای عضو زیان دیده فراهم می آوردند. هنوز هم نمونه ای از این نوع همیاری اجتماعی در ایران قابل مشاهده است.

بیمه به شکل حرفه ای و امروزی آن برای اولین بار در سال ۱۲۶۹ هجری شمسی (۱۴ سال پیش از انقلاب مشروطیت) در کشور ما مطرح شد. براساس منابع موجود در این سال، مذاکراتی بین دولت وقت ایران و سفارت روس به عمل آمد و متعاقب آن امتیاز انحصاری در زمینه بیمه حمل و نقل برای مدت ۷۵ سال به یک فرد تبعه روس به نام "لازار پولیاکف" واگذار شد. اما ظرف مهلت سه سالی که جهت آغاز فعالیت بیمه برای وی در نظر گرفته شده بود، قادر به تأسیس شرکت بیمه ای نشد و به همین لحاظ امتیازش لغو شد. یکسال و نیم قبل از مشروطیت، در بهمن ۱۲۸۳، در قرارداد پستی ایران و روس موضوع بیمه، در "باب حقوق بیمه امانات پستی" مطرح شد.

در سال ۱۲۸۹ هجری شمسی (چهار سال پس از انقلاب مشروطه در ایران)، دو شرکت بیمه ای روس به نامهای "نادژدا" و "کافکاز مرکوری" به تأسیس نمایندگی بیمه در ایران اقدام کردند تا به تقاضای بازرگانان روسی و ایرانی به صدور بیمه نامه برای کالاهای صادراتی و وارداتی دو طرف بپردازند. در سال ۱۳۰۴ نمایندگی شرکت انگلیسی بیمه آلیانس در ایران آغاز به کار کرد. صدور بیمه نامه آتش سوزی و اتومبیل و پرداخت ۵۰ درصد خسارت آتش سوزی مجلس شورای ملی در سال ۱۳۱۰ طبق قرارداد بیمه، ازجمله کارهای نمایندگی بیمه آلیانس بود و نظر مثبت مجلس شورای ملی را به بیمه جلب کرد. متعاقب آن در ۱۳۰۸ یک شرکت بیمه دیگر انگلیسی به نام یورکشایر نمایندگی خود را در ایران افتتاح کرد و دو سال بعد از آن در سال ۱۳۱۰ نمایندگی شرکت روسی اینگستراخ کار خود را در ایران شروع کرد، در سال ۱۳۱۰ قانون و نظامنامه ثبت شرک تها در ایران به تصویب رسید و متعاقب آن بسیاری از شرکتهای بیمه خارجی اقدام به تأسیس شعبه یا نمایندگی در ایران کردند شرکت بیمه ویکتوریا دوبرلین اولین شرکتی بود که فعالیت خود را در رشته بیمه عمر در ایران آغاز کرد. در قرن ۱۴ برای صدور بیمه نامه عمر در فلاندر بلژیک امروزی (شرکتی تأسیس شد(حافظی، ۱۳۹۱).

۲-۲-۲ بیمه سلامت

بیمه اجتماعی سلامت بخشی از نوعی بیمه به نام بیمه های اجتماعی است. بیمه های اجتماعی ارائه دهنده سلسله خدماتی می باشند که برای همگان یا طبقه معینی از جامعه رفاه عمومی ایجاد می نمایند (عرب، ۱۳۹۳).

سلامت انسانها بخشی از سرمایه ملی است که به طور دائم در معرض خطرات محیطی قرار دارد (Bahadori, Yaghoubi, Ravangard, Alimohammadzadeh, & Teymourzadeh, 2014). امروزه پذیرفته شده است که از دست دادن سلامتی منجر به آسیب رسیدن به زندگی فرد، عملکرد اقتصادی وی و درنهایت جامعه می شود (بهادری، ۱۳۹۳). هر عضوی از جامعه در صورت از دست دادن سلامت خود می تواند سلامت دیگران را تهدید کند و یا به دلیل عدم حضور در محل کار، آسیب هایی را به نظام اقتصادی وارد کند. هم چنین در مراحل درمان خود هزینه هایی را نیز به صندوق بیمه تحمیل نماید (وفایی، ۱۳۸۵). به عبارتی دیگر مواجهه با طبیعت تصادفی سلامت از مسائل اقتصادی موثر بر زندگی بشر است. اهمیت این موضوع به این واقعیت بر می گردد که بیماری می تواند با اعمال دو نوع هزینه، رفاه آحاد اقتصادی را تحت تاثیر قرار دهد: اول، هزینه های درمانی مورد نیاز برای بهبود و یا درمان بیماری و دوم، درآمد دستمزدی که احتمالاً در دوره ی بیماری از دست می رود. این واقعیت منجر به ایجاد تمایل به پرداخت برای تامین در برابر بیماری شده است (نخعی، ۱۳۹۰).

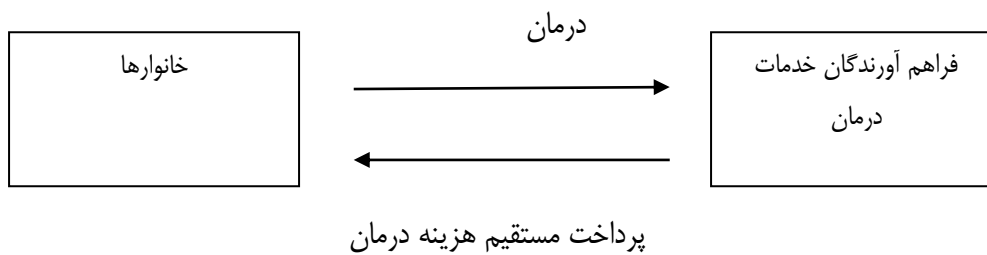
زمانی که درآمد کم افراد به سختی برای زندگی کفایت می کند، پولی باقی نمی ماند تا در صورت بیماری جهت پرداخت به بیمارستان یا بابت معالجه درمانی اندوخته گردد. در عین حال بیماری ممکن است باعث ناتوانی در کار و در پی آن، کاهش درآمد گردد. هنگامی که هیچ گونه پوشش بیمه ای وجود نداشته باشد، بیماری های شدید می تواند همه خانواده را دچار قرض و در نتیجه فقر نماید. آنها مجبور به فروش دارایی های ناچیز خود و دست آخر، اقلام ضروری زندگی به منظور جبران هزینه های درمانی می گردند. بنابراین فقرا در کشورهای در حال توسعه در چرخه ی دام بیماری - فقر گرفتار می شوند (Prekar et al., 2001). به منظور عادلانه تر کردن و متعاقب آن حمایت از خانوارها

در برابر هزینه های سنگین خدمات سلامتی، برنامه ها و طرح های بیمه ای یک ابزار سیاستی مهم به شمار می آید و ترویج و بسط برنامه های بیمه ای در کشورهای مختلف بر همین اساس بوده است (قیاسوند و هادیان، ۱۳۹۰).

خدمات درمانی در شرایط نا اطمینانی مصرف می شود که این شرایط نا اطمینانی از چند برابر شدن مخارج دسترسی به خدمات درمانی و هم چنین افزایش هزینه های خدمات درمانی حاصل می شود. بحران این وضعیت زمانی آشکار می شود که فرد مجبور باشد مبلغ زیادی از درآمدش را برای آنها پرداخت کند و به طور هم زمان، بیماری توان او را برای کسب درآمد کاهش دهد. در نتیجه فرد قادر به پرداخت هزینه خدمات درمانی نخواهد بود. راه حل معمول برای حل این مشکل، بیمه است که شامل یک قرارداد بین بین شرکت بیمه و افراد متقاضی بیمه (افرادی که خود را در خطر ابتلا به بیماری می بینند) می باشد. زمانی که شخص بیمه سلامت می خرد، با شرکت بیمه قرارداد می بندد که مبلغی توافقی را به او پرداخت کند. این مبلغ حق بیمه نامیده می شود، در مقابل آن شخص در هنگام بیماری بیمه می شود.

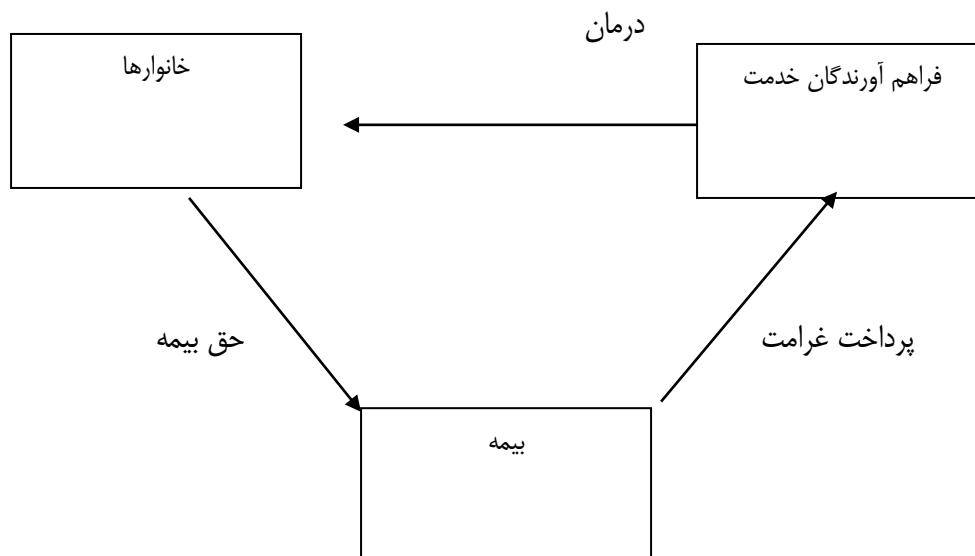
بیمه های سلامتی در تمام کشورها اولین شکل بودجه ای خدمات سلامتی هستند (زارع، ۱۳۸۵). اصلی ترین دلایل انتخاب نظام بیمه اجتماعی سلامت به عنوان شیوه تامین مالی بخش سلامت این است که این نوع بیمه می تواند منبع ثابتی از درآمد، جریان مشخصی از وجوه به بخش سلامت و ترکیبی از انباشت خطر با حمایت متقابل را فراهم آورد. افزون بر این، بیمه اجتماعی سلامت می تواند مستقل از دولت ایجاد گردد با این حال در جهت سیاست های سلامتی دولت عمل می نماید. بیمه اجتماعی سلامت بر اساس مفهوم عدالت و مبتنی بر نیاز کار می کند، افراد بر اساس توانشان حق بیمه پرداخت می نمایند و به اندازه نیازشان از خدمات استفاده می کنند (عرب، ۱۳۹۳). بیمه درمان اجتماعی معتقد است که سلامتی حق هر انسانی است و بیمه ابزاری برای پیشبرد آن است (زارع، ۱۳۸۵) و به عنوان نقشه راه تولد تا مرگ، طراحی شده و به طور مداوم و موثر ارزیابی می شود تا بتواند در زمان بیماری خدمات مناسبی را به بیماران ارائه نماید (بهادری، روانگرد و رحیمی، ۱۳۹۱). نداشتن بیمه، نتایج سلامتی و مالی منفی هم برای فرد بیمه نشده و خانواده اش و هم برای افراد و سازمان های ارایه دهنده خدمات و هم به طور کلی برای جامعه و دولت دارد (Hoffman, 2008).

بازار خدمات درمانی شامل دو گروه می باشد : افرادی که متقاضی خرید خدمات درمانی هستند و حاضرند برای آن مبلغی را پرداخت کنند و ارائه دهندگان خدمات درمانی که در مقابل پرداخت افراد متقاضی، خدمات درمانی را به آنها عرضه می کنند.



شکل ۱-۲ مدل دو بخشی خدمات درمان

با تعریف بیمه سلامت به عنوان راه حل برون رفت از شرایط ریسک ، گروه سوم که یک شرکت بیمه است معرفی شده است (Morris, Belvin, & Parkin, 1392).



شکل ۲-۲ مدل سه بخشی بازار خدمات درمان

۲-۲-۳ حیطه های عملکردی بیمه سلامت

زمانی که از دیدگاه درونی یعنی دیدگاه افراد کشورهای دارای نظام بیمه اجتماعی سلامت به سوی دیدگاه افراد خارج یعنی دیدگاه افراد کشورهای بدون نظام فوق حرکت کنیم، می توان این نظام را با واژه های ساختاری تر توضیح داد (عرب، ۱۳۹۳). با استفاده از مثلث "بیمه شده / بیمار"، "پرداخت کننده ثالث و "ارائه دهنده خدمت" جنبه های مهم بیمه های سلامت به دست می آید. از این میان با مطالعات وسیع کتابخانه ای و مصاحبه با کارشناسان این موارد در این مطالعه مورد بحث قرار گرفته است. این موارد ۶ ویژگی کلیدی را در اینگونه نظام ها ارائه می نماید که می تواند به عنوان حیطه های عملکردی اصلی در نظر گرفته شوند: انباشت منابع، انباشت خطر، حق بیمه، تعامل با بیمه شدگان، بسته خدمت و دسترسی به خدمت.

۲-۲-۳-۱ تامین منابع مالی

مسئولیت همگانی و به ویژه مسئولیت دولت در حوزه سلامت جوامع در وهله نخست به تامین منابع مالی و تامین اعتبار هزینه های بهداشتی و درمانی مربوط می گردد چرا که هزینه های بهداشتی و درمانی در بعد ملی و همگانی، جز بالاترین اقلام هزینه های زندگی است. بجز قیمت بالای خدمات بهداشتی و درمانی که ناشی از پیچیدگی، تخصصی بودن، استفاده از تجهیزات پیچیده و گران قیمت تشخیصی درمانی این خدمات می باشند، بحث ضروری بودن، غیر قابل تعویض و تاخیر بودن و بطور کلی نوع متفاوت بازار این خدمات با سایر کالا ها باعث شده تا افراد جامعه به تنهایی قادر به سیاست گذاری و تامین منابع مالی و سایر موارد مربوط به سلامت فرد نباشد و بخش سلامت هم جزو بخشهایی قرار گیرد که نیاز به سیاست گذاری و دخالت دولت دارد (عرب، ۱۳۹۳). از طرف دیگر به خطر افتادن سلامتی ممکن است افراد جامعه را تحت فشارهای مالی بسیاری بگذارد. در نتیجه تامین مالی سلامت جامعه دغدغه اصلی سیاستمداران به حساب می آید (بهادری، ۱۳۹۳).

هدف از یک نظام تامین منابع مالی کارا آن است که منابع کافی را برای دسترسی مردم به خدمات بهداشت عمومی و مراقبت های فردی فراهم آورد. به گونه ای که آحاد جامعه بدلیل عدم توانایی در پرداخت از دسترسی به خدمات سلامتی محروم نگردیده و یا بدلیل پرداخت هزینه های سلامتی به سمت فقر کشانده نشوند. بنابراین می توان گفت فلسفه ظهور و وجود بیمه های خدمات درمانی همین موضوع است (بهادری، ۱۳۹۳).

رویکرد آماری استاندارد برای تعیین میزان "منصفانه" بودن تامین مالی، دو فرضیه ساده را ایجاد می نماید. اول، این رویکرد چنین فرض می کند که عدالت مقوله ای نسبی است تا مطلق و قضاوت در مورد آن بر اساس مقایسه می باشد. دوم، این رویکرد یک رابطه آماری ویژه که "آیا یک شیوه تامین مالی خاص نزولی یا صعودی است؟" را جایگزین این سوال اساسی که "آیا این شیوه، منصفانه و عادلانه است یا خیر؟" می کند. تامین مالی صعودی بدین صورت تعریف می شود که افراد دارای درآمد بالاتر برای پوششی همسان، نسبت یادرصد بالاتری از درآمدها را نسبت به افراد دارای درآمد کمتر می پردازند. در مقابل تامین مالی نزولی رابطه معکوس دارد (عرب، ۱۳۹۳).

سیاستگذاران بخش بهداشت و درمان برای تامین مالی بخش سلامت، سه گزینه مالیات، تامین اجتماعی و بیمه خصوصی درمان را پیش رو دارند (عبدی و حکمت، ۱۳۸۸). در عمل، هیچکدام از الگوهای گفته شده در شکل خالص آن یافت نمی شود بلکه اصول کلیدی آنها با درجات گوناگون در نظام های سلامت سراسر دنیا ترکیب شده است (عرب، ۱۳۹۳).

مستقیم ترین شکل پرداخت برای خدمات سلامت، پرداخت مستقیم از جیب افراد می باشد. مهم ترین عامل تعیین کننده بودن تامین مالی در یک نظام سلامت، میزان پیش پرداخت در کل هزینه هاست. پرداخت مستقیم از جیب نزولی ترین شیوه پرداخت برای سلامتی است و شیوه ای است که مردم را بیشتر در معرض خطرات مالی فاجعه بار قرار می دهد (Reinhardt & Cheng, 2000).

نظام غیرمنصفانه پرداخت از جیب در اروپا و سایر کشورهای صنعتی به وسیله نظام های پیش پرداخت برای سلامت جایگزین شده است، و در حقیقت، این جایگزینی در بسیاری از کشورهای در حال گذار نیز تا حدودی صورت گرفته

است. پیش پرداخت، علاوه بر اینکه از حفظ توان پرداخت در هنگام نیاز به پرداخت مستقیم از جیب حمایت می کند و در نتیجه موانع موجود در سر راه دسترسی به خدمات را کاهش می دهد، این امکان را فراهم می کند که خطر مالی در میان اعضای یک صندوق، توزیع و تقسیم گردد(عرب، ۱۳۹۳).

شواهدی وجود ندارد که نشان دهد تامین مالی مبتنی بر مالیات از نظر عملکردها و اقدامات تامین مالی سلامتی، بهتر از بیمه اجتماعی سلامتی و سایر روشها عمل می کند. در تئوری، تامین مالی بر مبنای مالیات می تواند یک روش صعودی جهت افزایش سرمایه و بودجه و برآوردن نیازهای مردم باشد. اما این روش، درآمد دولتی باثبات و در حال رشد سیاست مالیاتی صعودی و صراحت و شفافیت در تامین مالی سلامت عمومی را می طلبد. در عمل، عملکرد این روش، به طور قابل توجهی با توجه به سابقه فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی کشورها، متفاوت است. این موضوع به دلیل آن است که به رویکرد تامین مالی مبتنی بر مالیات، باید تنها به صورت یکی از چند روش تامین مالی مراقبت های سلامتی نگریسته شود. شواهدی وجود ندارد که نشان دهد تامین مالی مبتنی بر مالیات از نظر عملکردها و اقدامات تامین مالی سلامتی، بهتر از بیمه اجتماعی سلامتی و سایر روشها عمل می کند. انواع گوناگون نظام ها، در شرایط متفاوتی، خوب عمل می کنند. بر این موضوع تاکید شده است که هر دو روش تامین مالی (یعنی تامین مالی مبتنی بر مالیات و بیمه سلامتی)، ابزاری هستند که جهت دستیابی به یک هدف کلی (یعنی اجرای پوشش کلی) به کار می روند(عرب، ۱۳۹۳).

به طور کلی با دو الگوی مختلف می توان به پوشش همگانی خدمات سلامت دست یافت: الگوی نخست همان تامین مالی نظام سلامت از طریق مالیات عمومی است که به الگوی بوریج معروف است. الگوی دوم، بیمه سلامت اجتماعی است که به الگوی بیسمارک شهرت دارد و در آن عضویت نظام بیمه ای، اجباری است. تمام مردم، کارگران، خویش فرمایان، شرکت ها، حق بیمه یعنی درصدی از حقوق و دستمزد خود را به صندوق های بیمه سلامت واریز می کنند و دولت، حق بیمه افرادی را که توانی پرداخت ندارند را می پردازد(Carrin et al., 2004).

کشورهای در حال توسعه، بخش غیر رسمی وسیعی دارند که این امر، جمع آوری مالیات را در این کشورها مشکل می کند و توانایی این کشورها را در ایجاد درآمد کافی برای بخش سلامت از محل مالیات ها یا تامین بودجه کافی برای

بیمه های اجتماعی محدود می کند (عبدی و حکمت، ۱۳۸۸). در بسیاری از کشورهای در حال توسعه تنها بخشی از مردم در برابر خطر مالی ناشی از نیاز به خدمات سلامتی محافظت می شوند که مهم ترین دلیل آن عدم وجود تعهد در دولت مردان، کمبود منابع مالی برای پوشش تمام جمعیت و نبود توانایی مدیریت برای مدیریت صندوق های بیمه ای است به همین دلایل هم تنها تعدادی از کشور های در حال توسعه توانسته اند پوشش همگانی خدمات سلامتی در کشور خود ایجاد کنند. در گروه کشورهای در حال توسعه تنها کشورهای تایلند، کره جنوبی، ترکیه و مکزیک توانسته اند به طور کامل یا نسبی به این هدف دست یابند (ملکی، ابراهیمی پور، کریمی و گوهری، ۱۳۸۷).

۲-۲-۳-۲ انباشت خطر

"خطر" مفهوم زیر بنایی بیمه است. یعنی احتمال و بزرگی خسارت مالی. در هر نوع بیمه، همه طرف های درگیر در پی کاهش خطر می باشند. در واقع بیماری و جراحات به طور تصادفی اتفاق می افتند و لذا ریسک سلامتی ایجاد می کنند و آن هم به نوبه خود باعث ریسک مالی می شود. زیرا شخص می خواهد با استفاده از مراقبتهای بهداشتی اثرات بیماری را کاهش دهد. بیشتر مردم میخواهند از ریسک مالی اجتناب کنند، از همین رو بیمه درمانی را خریداری می کنند. در واقع اجتناب از ریسک اولین دلیل برای خرید بیمه درمانی است. بدیهی ست که مردم در چگونگی برخورد با ریسک و همچنین اجتناب از ریسک مالی به طور متفاوتی عمل می کنند. تلقی شخص از ریسک، تقاضا برای بیمه را بسیار تحت تاثیر قرار می دهد.

در بیمه سلامت، مشتریان و بیمه گران دیدگاه متفاوتی از خطر دارند. از دیدگاه مشتری، فرد به منظور محافظت در برابر خسارت مالی ناشی از مصرف آینده خدمات سلامت، خود را بیمه می نماید. از نقطه نظر بیمه گران، شیوه های مختلفی در جهت به حداقل رساندن خطری که تعهد شده به کار می رود تا از سود مورد نظر، آسوده خاطر باشند. در حالی که شیوه هایی که توسط بیمه گران به کار می رود بر اساس بیمه شدگان متفاوت است اما همه دارای یک هدف می باشند: به حداقل رساندن خطرات احتمالی در آینده (Charles, 1376).

کشورهای توسعه یافته برای حمایت انسانها در مقابل امراض گوناگون چه از لحاظ پیشگیری و چه از لحاظ درمانی تدارک یک سلسله مقررات و قوانین و نظاماتی را به وجود آورده اند که به وسیله آن بتوانند با خطراتی که امور معیشتی و زندگی افراد را تهدید می کند مبارزه کنند. این امر در بیشتر کشورها به صورت اجباری بوده و به حد کمال انجام می گیرد و از این راه هرگونه زیان مالی یا جانی را که در نتیجه حوادث یا بیماری به مردم وارد می شود راجبران می کند.

رابطه اجباری بین بیمه شدگان و پرداخت کنندگان ثالث که پرداخت هارا مجزا از صندوق های دولتی انجام می دهند، ستون فقرات نظام بیمه اجتماعی سلامت می باشد. مقررات حاکم بر این پیوند ممکن است شامل واگذاری ثابت بیمه شدگان به یک صندوق ویژه یا وجود حق انتخاب باشد. وجود صندوق های بیشتر در کشور، همیشه به معنای حق انتخاب بیشتر نیست.

به منظور جلوگیری از آسیب به برخی از بیمه گران در نتیجه تحمل بخش و میزان نامتناسب خطر یا پذیرش شکل معکوس، تخصیص ها بر اساس نوع مخاطرات اعضا، تعدیل می گردد. بر اساس نظریه اقتصادی، در کوتاه مدت راه کارهای تعدیل خطر می تواند رفتار رقابتی را تشویق نماید و حق انتخاب را بدون مجاز شمردن رفتارهای فرصت طلبانه مثل انتخاب خطر، به مردم ارایه دهد. تعدیل خطر، همبستگی را از زیانهای ناشی از رقابت در امان نگه می دارد. در غیر این صورت رقابت ابزاری در جهت رواج دست چین نمودن با تلاش در جهت جذب افراد مناسب تر (یعنی، افراد با درآمد بالاتر، مجردها، افراد جوان و بدون فرزند) می گردد. هدف اساسی این راهکارهای تعدیل خطر، خنثی نمودن اثر آن عواملی است که صندوق با فعالیت های خود حداقل در کوتاه مدت نمی تواند بر آنها تاثیرگذار باشد (عرب، ۱۳۹۳).

موضوع آزادی انتخاب به طور سنتی نقش عمده ای در نظام های بیمه اجتماعی سلامت ایفا نموده است. افزون بر این، همانند لیست انتظار، آزادی انتخاب هم دارای جنبه های رضایتمندی، پاسخگویی و کارایی است. جدا از پاسخگویی، توانایی انتخاب ارایه دهنده خدمات به عنوان ویژگی اساسی این نظام هاست و اغلب توسط طرفداران به عنوان جنبه کلیدی اینکه چرا شهروندان در کشورهای دارای نظام بیمه اجتماعی سلامت دارای سطح بالاتری از رضایتمندی هستند، مطرح شده است. در واقع، طرفداران این گونه مطرح می کنند که حق انتخاب ارایه دهندگان، بازگوکننده یک

تصمیم مهم اجتماعی است که در آن، شهروندان در کشورهای دارای نظام بیمه اجتماعی سلامت، مشتاقانه خود به منظور حفظ حق انتخاب، مبلغ بیشتری به نظام های سلامت خود پرداخت می نمایند(عرب، ۱۳۹۳).

۲-۲-۳ حق بیمه

بیمه درمانی فقط هنگامی که اشخاص مراقبتهای طبی را خریداری می کنند و آن هم مراقبتهایی که قبلاً نسبت به آنها توافق شده است حاضر به پرداخت است. پوشش بیمه تمام و یا قسمتی از هزینه های مراقبت طبی را می پردازد و به این ترتیب قیمت مراقبتهای طبی که توسط افراد پرداخت می شود کاهش می یابد. در مقابل آنها هر ساله مبلغی را می پردازند (حق بیمه). در اصطلاح اقتصادی این همان مبادله همزمان درآمد کمتر با قیمت پایین تر مراقبتهای طبی است. بیمه درمانی یارانه ای به مراقبتهای بهداشتی هنگام خرید پرداخت می کند. این جنبه از بیمه درمانی آن را از تمام بیمه های درمانی متمایز می سازد (Charles, 1376).

حق بیمه ها ممکن است بطور مستقیم توسط صندوق های بیماری جمع آوری گردند و برای آرایه خدمات سلامت به اعضا استفاده شوند. میزان حق بیمه یکسان به منظور تضمین برابری مالی به کار می رود.

افزایش وجوه در نظام بیمه اجتماعی سلامت، به درآمد اعضا و به شکل درصدی از دستمزد اعضا پیوند خورده است. این جنبه، دو ویژگی مهم دارد. اول، حق بیمه ها یا مشارکت ها به وضعیت سلامت اعضا مرتبط نمی شوند. یعنی اگر عضو دارای همسر و یا فرزند باشد آنها نیز به صورت خودکار با همان حق بیمه و تحت همان شرایط، مستقل از خطر تحت پوشش قرار می گیرند. دوم، حق بیمه ها به طور جداگانه از درآمد عمومی دولت جمع آوری می گردند. وجوه بخش سلامت شفاف است. بنابر این، در برابر موانع سیاسی مرتبط با بودجه عمومی محافظت می گردند (Hoffman, 2008).

۲-۲-۳-۴ بسته بیمه

محافظت از مردم در برابر هزینه های درمان، همانند ایجاد برابری در سهم هر شخص از این هزینه ها هدف اصلی هر نظام سلامت است (بهادری، ۱۳۹۱).

امروزه تمام ملل با این حقیقت روبرو هستند که در عین نامحدود بودن نیازهای بشر، منابع محدود است و همه آنها بودجه ای در اختیار دارند که فقط باید در حد و اندازه آن هزینه نمایند. به تبع این قضیه، بخش سلامت نیز مانند سایر بخش ها با محدودیت منابع روبرو است. بنابر این همه دولت ها با عدم انطباق بین منابع و نیاز در بخش سلامت رو به رو هستند. نتیجه محدودیت منابع مواجه شدن با گزینه ها و انتخاب هاست. با توجه به این مسائل لزوم الویت بندی معلوم میشود (دهنویه، ۱۳۸۹).

دو بسته خدمات سلامتی در ایران به عنوان بسته های پایه خدمات توسط نظام سلامت ارائه می شوند:

بسته نخست: بسته خدمات اولیه بهداشتی. بعد از کنفرانس آلماتا، ایران با هدف رسیدن به بهداشت و درمان برای همه تا سال ۲۰۰۰ اقدام به تاسیس شبکه های بهداشتی- درمانی به عنوان بستری برای ارائه خدمات اولیه بهداشتی - درمانی نمود. حدود ۳۰-۳۵٪ هزینه های بخش بهداشت و درمان به این بسته خدمتی اختصاص می یابد که این هزینه ها کاملاً توسط دولت پرداخت می شود. شبکه های بهداشتی درمانی تقریباً در کل کشور در دسترس هستند و خدمات بهداشتی اولیه را به مردم ارائه می دهند.

بسته دوم، بسته خدمات درمانی است که تامین مالی آن توسط سازمان های بیمه ای کشور که زیر نظر وزارت رفاه و تامین اجتماعی فعالیت می کنند صورت می گیرد. (ملکی، ۱۳۸۷).

۲-۲-۳-۵ دسترسی به خدمت

دسترسی به خدمات سلامتی عبارت است از درصدی از جمعیت که از راه نظامی یکپارچه همچون نظام بیمه اجباری یا نظام خدمات طب ملی تحت پوشش قرار گرفته اند (عرب، ۱۳۹۳).

فراهم کردن دسترسی مناسب به مراقبت های ضروری، هدف اصلی یک نظام سلامت عادلانه است. اما تعریف سطح مناسب دسترسی می تواند به عواملی همچون برداشت های گوناگون از آنچه ناعادلانه است و نیز گاهی، دیدگاه هایی بسیار متفاوت از آنچه به عنوان "ضروری" درک می شود مربوط شود. افزون بر آن، مفهوم "دسترسی"، خود در طیف وسیعی از ابعاد سازمانی بسط داده می شود. از آنجا که کشورهای دارای نظام بیمه اجتماعی سلامت، دارای یک نظام سلامت با طراحی خوب می باشند، تا حدودی امکان دسترسی فیزیکی و منطقی به همه ارایه دهندگان خدمت همچون پزشکان عمومی و بیمارستان ها را فراهم آورده اند. اما اغلب، موانعی که کمتر خود رانشان می دهند مانند ساعات کاری نامناسب، نیاز به تعیین وقت قبلی، طول مدت معاینه و انواع دیگری از موانع غیر مالی، همچنان باقی می مانند (عرب، ۱۳۹۳).

۲-۲-۴ وضعیت کشور ایران

ایران با جمعیت، کشوری با درآمد متوسط است که ویژگی هایی همچون نابرابری اجتماعی و تحول اپیدمیولوژیک پیچیده دارد. بنابراین جمعیت این کشور از نظر دسترسی به خدمات سلامت، به گروه های مختلفی تقسیم بندی می شود. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ ایران را در بین ۱۹۱ کشور جهان از نظر وضعیت بهداشتی درمانی در رتبه ۹۳ و از نظر عدالت در تامین منابع مالی در رتبه ۱۱۲ جهان رتبه بندی کرد. عملکرد ضعیف ایران در بحث عدالت، حاکی از

این است که بسیاری از مردم فاقد بیمه سلامت و حمایت مالی بوده و پرداخت از جیب در ایران مانند بسیاری از کشورهای دارای درآمد متوسط و پایین کاملاً رایج است (ملکی، ۱۳۸۷).

به علت انعطاف پذیری، ساختارهای نظام های بیمه سلامت با شرایط چارچوب ملی موجود سازگار می باشند (عرب، ۱۳۹۳). سیستم بیمه خدمات درمانی در کشور ما دو پوشش جداگانه دارد که پوشش بیمه های درمانی عمومی توسط دولت (سازمان تامین اجتماعی-سازمان بیمه خدمات درمانی) ارائه می شود و پوشش بیمه درمان مکمل توسط شرکت های بیمه بازرگانی ارائه می شود.

در حال حاضر به دلیل تعدد متولیان بیمه های درمان در کشورمان، با مشکلات فراوانی مواجه هستیم از جمله: استفاده هم زمان بعضی افراد به دلیل جامع نبودن اطلاعات و پوشش بیمه ای و مشکلات مربوط به تعرفه گذاری خدمات پزشکی چون همه افراد از یک نوع پوشش پایه استفاده نمی کنند (صحت و نجفی، ۱۳۸۹).

عمده ترین سازمان های بیمه ای پایه کشور عبارتند از سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد. برخی از شرکت های یزرگ دولتی و غیر دولتی در طول زمان، سیستم بیمه ای مخصوص به خود را ایجاد کرده اند و تامین مالی این سازمانها توسط کارگر و کارفرما صورت می گیرد و خدمات خود را بیشتر به صورت غیر مستقیم ارائه می دهند (ملکی، ۱۳۸۷). در واقع برخی شرکت های دولتی مانند شرکت ملی نفت ایران، وظیفه تامین نیازهای درمانی نیروی کار خود را بر عهده دارد. تعداد قابل توجهی از خانوارهای موجود در نمونه که که فاقد پوشش بیمه ای درمانی عمومی هستند از پوشش بیمه خصوصی نیز بهره می برند که می تواند نمایانگر این باشد که کمبود کیفیت خدمات درمانی عمومی، برخی خانوار ها را به خرید پوشش خصوصی برای جبران کیفیت ترغیب می کند (نخعی و کامویی، ۱۳۸۹).

بر اساس قانون کار ایران، بیمه خدمات درمانی سازمان تامین اجتماعی، بخشی از نیروی کار را که رسماً شاغل هستند تحت پوشش قرار می دهد. در واقع کارگر و کارفرما در این شرایط ملزوم به ارسال مدارک اشتغال و پرداخت حق بیمه معین به سازمان تامین اجتماعی هستند. با توجه به آنچه ذکر شد بخشی از نیروی کار که بیکار نبوده لیکن شاغل رسمی هم محسوب نمی شوند تحت پوشش بیمه خدمات درمانی سازمان تامین اجتماعی قرار نخواهند گرفت. گروه دیگری که از منافع بیمه خدمات درمانی بهره می گیرند، بازنشستگان هستند که برای مدت حداقل ۳۰ سال به طور رسمی شاغل بوده و بیش از ۶۰ سال از عمرشان می گذرد. خدمات تحت پوشش این سازمان عبارتند از: بازنشستگی، بیکاری، از کار افتادگی، بیمه سلامت و.. برای افراد شاغل در شرکت های خصوصی، افرادی که به صورت قراردادی در سازمان های دولتی فعالیت دارند و خویش فرمایان سازمان تامین اجتماعی، یک سازمان خودگردان و وابسته به وزارت رفاه و تامین اجتماعی است. منابع مالی این سازمان، ۳۰٪ از حقوق و دستمزد افراد عضو است که ۲۰٪ از آن توسط کارفرما، ۷٪ توسط کارگر و ۳٪ توسط دولت پرداخت می گردد. از کل منابع ذکر شده در بالا، ۳۰٪ به بخش بیمه درمان اختصاص می باید. این سازمان خدمات خود را به دو طریق مستقیم - از طریق واحدهای ملکی سازمان - و غیر مستقیم - از طریق بستن قرارداد با سایر ارائه دهندگان - ارائه می کند (نخعی و کامویی، ۱۳۸۹).

سازمان بیمه سلامت ایران نیز گروههای مختلفی را تحت پوشش خود قرار می دهد و تمامی خدمات خود را به صورت غیر مستقیم فراهم می کند. گروههای جمعیتی عضو این سازمان، هرکدام دارای یک صندوق مخصوص به خود شامل موارد زیر هستند: صندوق کارکنان دولت، صندوق روستائیان و عشایر که تقریباً تمام منابع مالی آن توسط دولت تامین می گردد، صندوق خویش فرمایان که افراد عضو این صندوق باید حق بیمه سالیانه خود را به صورت کامل بپردازند و صندوق افشار خاص سهم آنها بین گروههای مختلف از ۰ تا ۲۵ درصد متغیر است.

۲-۲-۵ رضایت گیرندگان خدمت

در گذشته به دلیل اینکه میزان تقاضا بیشتر از میزان تولید کالا و خدمات بود، تولید کنندگان یا عرضه کنندگان محصولات و خدمات بر این باور بودند که هر محصول یا خدمتی را ارائه نمایند مشتریان آن را میخرند، اما امروزه به علت رقابتی شدن بازار و دسترسی مشتریان به سایر عرضه کنندگان، مشتریان تعیین می کنند که چه کالا یا خدمتی به آنان ارائه شود. در واقع سازمان های سرآمد از طریق تمرکز بر انتظارات مشتریان و حفظ مشتریان، شاخص هایی چون سهم بازار، اعتماد و وفاداری مشتریان را به حداکثر می رسانند. این سازمان ها پاسخ گوی انتظارات مشتریان هستند و برای این منظور میزان رضایت مشتریان خود را بررسی می کنند و سعی در بهبود آن دارند (نیاکان، ۱۳۹۱). در طول دهه گذشته توجه به رضایت مشتری در تولیدات و خدمات افزایش یافته است. همه ارائه دهندگان خدمات، از نمایندگی خدمات انسانی کوچک گرفته تا صنایع بزرگ، همه می خواهند بدانند که مشتریان در مورد خدمات و تولیدات ارائه شده چه نظری دارند.

در دهه های اخیر توجه روزافزونی به کیفیت مراقبتهای بهداشتی به عنوان وسیله ای برای افزایش اثربخشی سیستمهای مراقبت بهداشتی در کشورهای در حال توسعه شده است. در گذشته به منظور بررسی کیفیت به اندازه گیری های ساختاری و فرایندی توجه میشد و کیفیت مراقبت با استانداردهای حرفه ای مطابقت داده میشد و میزان ارتقای آن از این طریق بررسی میشد، ولی اخیراً دیدگاه مراجعان اهمیت بیشتری یافته است و روز به روز نیز بر اهمیت آن در تصمیم گیری ها افزوده می شود. بر اساس تعاریف، دیدگاه مراجعان در مورد جنبه هایی از خدمت که برای آنها اهمیت دارد رضایتمندی نامیده می شود.

از آنجاییکه رضایت مشتری یک متغیر احساسی و نگرشی است یا به عبارت دیگر، یک متغیر غیر مشهود می باشد، تعاریف مختلفی از رضایت مشتری آورده شده است. برای مثال ژوران بیان میدارد که رضایت مشتری حالتی است که مشتری احساس می کند ویژگی های محصول یا خدمت، منطبق بر انتظارات اوست. نارضایتی نیز حالتی است که در آن نواقص و معایب محصول یا خدمت موجب ناراحتی، شکایت و انتقاد مشتری می شود. در تعریفی دیگر، رضایت مشتری

حالت و واکنشی در نظر گرفته می شود که مصرف کننده و مشتری از مصرف یا خرید محصول یا خدمت ابزار می کند. بنا بر تعریف راپ، رضایت مشتری یک دیدگاه فردی است که از انجام مقایسه های دائمی بین عملکرد واقعی سازمان و عملکرد مورد انتظار مشتری ناشی می شود. با توجه به تعاریف رضایتمندی می توان نتیجه گرفت که رضایت، احساس مثبتی است که در فرد پس از استفاده کالا یا دریافت خدمت ایجاد می شود، احساس مورد نظر از تقابل انتظارات مشتری و عملکرد عرضه کننده به وجود می آید. اگر کالا و خدمت دریافت شده از جانب مشتری هم سطح انتظارات ارزیابی شود، در او احساس رضایت ایجاد می شود. در صورتیکه سطح خدمت و کالا بالاتر از سطح انتظارات مشتری باشد، موجب ذوق زدگی میگردد و سطح پایین تر خدمت و کالا نسبت به انتظارات، منجر به نارضایتی می شود. درجه رضایت و نارضایتی افراد هر زمان و در هر مورد، متفاوت بوده و همواره به میزان فاصله سطح انتظارات و عملکرد عرضه کننده در قالب کیفیت کالا و خدمات مربوط می شود. البته محققانی چون الیور و یی معتقدند که رضایت مشتریان مانند تئوری دووجهی هرزبرگ در رضایت شغلی دارای دو طیف مجزای رضایت و نارضایتی می باشد. بر اساس این دیدگاه، عوامل موثر بر رضایت و نارضایتی عوامل متفاوتی می باشد. به عبارت دیگر خشنودی عبارت است از احساس مثبت ناشی از تجربه بسیار مثبت یعنی فراهم کردن آن چیزی که حتی مشتری انتظار آن را ندارد. در حالیکه نارضایتی، ناشی از ارائه کمتر از آن چیزی که باید باشد. این مدل فرض می کند که هر فرد میزان رضایتش را بر اساس یک مرجع ارزیابی می کند، یعنی بر اساس استاندارد عملکردی، میزان ضرر و زیان خود را مشخص می کند (نیاکان، ۱۳۹۱).

مهم ترین هدف مراکز خدماتی، ارائه خدماتی رضایت بخش، مقرون به صرفه، مطابق با استانداردهای علمی و با روش خوب و در کمترین زمان ممکن است. از طرفی یکی از مولفه های تاثیرگذار بر موفقیت سازمان کیفیت خدمات می باشد. ارائه خدمات با کیفیت منجر به افزایش بهره وری و رضایتمندی مشتریان شده و هزینه های سازمان را کاهش می دهد. اخیرا سازمان های بهداشتی و مراقبتهای بلندمدت نیز اهمیت بررسی بازخورهای مشتریان را تشخیص داده اند.

یک سازمان بیمه گر خوب سازمانی است که بتواند کیفیت خدمات و به دنبال آن رضایت بیمه شدگانش را ارتقا دهد. بر این مبنا شرکت های بیمه ای باید به گونه ای عمل نمایند که مردم مبتنی بر نیازشان به خدمات دست یابند و البته

مبتنی بر تواناییشان نیز پرداخت نمایند. این آیتم همانگونه که مردم را متمایل به بیمه شدن می نماید، اثربخشی خدمات بیمه ای را نیز ارتقا می دهد(Jooma & Jalal, 2012).

رضایت از خدمات درمانی، امری گسترده و ذهنی است که در پی اندازه گیری نظرات بیماران و یا شهروندان در مورد طراحی، ارایه و تامین مالی خدمات سلامت به دست می آید. از جنبه اساسی نظام های سلامت این است که تاچه حد موفق به بر آوردن نیازهای بیماران بوده اند. این موضوع طی سالیان اخیر اهمیت بسیاری یافته است و بیشتر توسط طرفداران نظام بیمه اجتماعی سلامت به عنوان عامل مهمی در حمایت از این نظام مطرح گردیده است(عرب، ۱۳۹۳). تاکیدى که بر رضایتمندى مددجویان از خدمات بهداشتى میشود به علت تاثیرات مثبتى است که بر رفتارهای آنان می گذارد، از جمله اینکه سبب می شود به طور مداوم از خدمات بهداشتى استفاده کنند ، دستورات و آموزشهای ارائه شده را به صورت صحیح به کار گیرند و استفاده از خدمات را به سایرین توصیه کنند.

باید توجه داشت تنها ایجاد یک سیستم بیمه ای کفایت نمی کند ، بلکه این سیستم باید به طور متناوب ارزیابی شود تا عملکردش ارتقا یابد و برای رسیدن به اهدافش کنترل شود(بهادری، ۱۳۹۱) .

طی سالهای اخیر ارزیابی عملکرد بیمه ها به ویژه در کشورهای فقیر و در حال توسعه نشان دهنده ی شکست بیمه ها در نیل به رسالت اصلی شان می باشد(Ekman, 2007).

با توجه به اهمیت رضایت مشتری، پژوهش های بسیاری درباره عوامل موثر بر رضایت مشتریان صورت گرفته است که از جمله می توان مدل شاخص ملی رضایت مشتری آمریکا، شاخص ملی رضایت مشتری اروپا، شاخص ملی رضایت مشتری سوئیس ، مدل ملی رضایت مشتری مالزی و مدل سروکوال نام برد.ولی از دید نظری، سنجش رضایت به شیوه صد در صد علمی، کاری بسیار دشوار می باشد(عرب، ۱۳۹۳). ساختارهای سازمانی پیچیده و متنوع نظام های بیمه اجتماعی سلامت، ارزیابی و سنجش آنان را دشوار می نماید.مدلهای سنجش رضایتمندی مشتری باید با توجه به ویژگی های هر صنعت و نیازهای هر کشور بازنگری شود. در ایران مدلهایی برای اندازه گیری رضایت مشتریان در صنعت بیمه طراحی شده است که برای نمونه می توان به مدلی که شرکت بیمه دانا طراحی کرده است اشاره نمود که برای تعیین

عوامل موثر رضایتمندی بیمه گذاران بیمه های درمان طراحی شده است در این مدل هفت شاخص حق بیمه، ارائه خدمات و تسهیلات، اطلاع رسانی، وضعیت رفتاری کارکنان، نحوه پرداخت خسارت، سرعت عمل و مهارت کارکنان به عنوان عوامل موثر بر رضایت بیان شده اند (نیاکان، ۱۳۹۱).

سنجش رضایت مشتری با هر یک از مدل های موجود با مشکلاتی همراه است و ممکن است جوانبی در این خصوص در نظر گرفته نشود. لذا در این پژوهش سعی گردید رضایت مشتریان از نظر متغیرهای عملکردی بیمه ای مورد سنجش قرار گیرد.

۲-۳ مروری بر مطالعات انجام یافته

حجم قابل ملاحظه ای از پژوهش های انجام شده به بررسی رضایت بیمار از پزشک یا خدمات حاد اختصاص داشته است. در دهه گذشته محققان علاوه بر موارد فوق رضایت بیماران را از خدمات پرستاری، خدمات توانبخشی، خدمات دارویی در بیمارستانها و سایر ارائه دهندگان خدمات مورد بررسی قرار داده اند.

۲-۳-۱ مطالعات انجام شده در ایران

در سال ۱۳۷۹ بررسی چگونگی ارائه خدمات بیمه درمانی از دیدگاه بیمه شوندگان، ارائه دهندگان خدمت، سازمان بیمه خدمات درمانی توسط سعید هدایتی و همکاران انجام شد. این پژوهش توصیفی در مشهد انجام گرفت. هدف از این مطالعه تعیین چگونگی ارائه خدمات بیمه درمانی از دیدگاه بیمه شوندگان، ارائه دهندگان خدمت و سازمان بیمه خدمات درمانی بوده است. تعداد نمونه ها ۴۸۷ بیمه شده (کارمندی و خویش فرما) و ۳۰۱ نفر ارائه دهنده خدمت بوده اند که با روش خوشه ای، طبقه ای و احتمالی انتخاب شدند. در این مطالعه ۶۶ نفر از مدیران سازمان نیز شرکت داشته اند.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای دو بخشی بود که شامل مشخصات فردی، شغلی و فرم سنجش نگرش مشترک برای بیمه شدگان کارمندی و خویش فرما با اندکی تفاوت در پرسشنامه بوده است. پرسشنامه مدیران نیز به همین شکل بوده است. در سوالات نگرشی از مقیاس لیکرت استفاده شده و تعیین اعتبار آن از طریق اعتبار حتمی و پایایی با همسانی درونی بوده است. نتایج نشانگر این موضوع بود که ۸۶٪ نفرات تحت پوشش بیمه کارمندی و ۳۵.۷٪ با تحصیلات دانشگاهی بوده اند و اکثریت آنان (۴۴.۸٪) دارای مدرک دکترای تخصصی و ۸۴.۲٪ بیمه شدگان کیفیت ارائه خدمات را متوسط دانسته اند. ۸۸.۱٪ از ارائه دهندگان آن را خوب و ۶۶.۶٪ مدیران آن را متوسط اعلام کرده اند. در بحث کمیت ارائه خدمات ۵۴.۶٪ بیمه شوندگان، ۶۳.۷٪ ارائه دهندگان، ۸۳.۳٪ مدیران آن را متوسط دانسته اند. در کل جنس، سن، وضعیت تاهل، سطح درآمد، وضعیت سرپرستی و میزان آگاهی از قوانین بیمه در نگرش آنها تاثیر داشته است ولی شغل، سطح تحصیلات، عضویت در هیئت علمی و طبقه اجتماعی در نگرش آنان تاثیری نداشته است به نظر میرسد باید سایر افشار جامعه و مشاغل مختلف با تحصیلات کمتر و درآمد پایین تر نیز مورد توجه قرار میگرفت. امکان استفاده از بیمه های مکمل، خصوصیات فردی مدیران و ارائه دهندگان خدمات نسبت به سوگیری آنان در پاسخ ها مبنایست مورد توجه قرار میگرفت (هدایتی، ۱۳۸۰).

در سال ۱۳۸۴ پژوهشی با عنوان "بررسی نگرش بیمه شدگان تامین اجتماعی نسبت به خدمات درمانی سازمان تامین اجتماعی شعبه ۸ تهران" بزرگ توسط عرب انجام گرفت. هدف از این مطالعه بررسی و کسب شناخت نسبت به نگرش بیمه شدگان تامین اجتماعی نسبت به خدمات درمانی دریافتی از سازمان تامین اجتماعی بود. در این پژوهش به نظریه های نگرش از دیدگاه روانشناسی اجتماعی و جامعه شناسی پرداخته شده است. مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بوده که در بیمه شدگان شعبه ۸ تهران بزرگ با حجم آماری ۴۵۰۳۶ نفر صورت گرفته و از این تعداد ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ۱۷ سوالی مشتمل بر اطلاعات فردی و سوالات اصلی بوده است. در تعیین اعتبار آن از اعتبار محتوی و در تعیین پایایی از همسانی درونی بهره گرفته شده است. نتایج بررسی حاکی از این است که بین جنس، سطح تحصیلات، میزان اطلاعات، پایگاه اقتصادی اجتماعی آنها با نگرششان ارتباط وجود داشته است. پاسخ دهندگان خواهان افزایش مراکز درمانی، افزایش خدمات درمانی، رسیدگی، تجهیزات و تکنولوژی پیشرفته،

افزایش پزشکان متخصص و فوق تخصص ، اطلاع رسانی دقیق و تکریم ارباب رجوع ، مدیریت مناسب مراکز درمانی، خدمات دندان پزشکی و رعایت نظافت و بهداشت بوده اند(عرب،۱۳۸۴).

مطالعه ای با عنوان " مقایسه نظرات بیمه شدگان تامین اجتماعی با بیماران غیر بیمه تامین اجتماعی بستری در مورد خدمات ارائه شده به آنان در بیمارستان امام رضا شهر ارومیه ۱۳۸۰ " توسط اکبری و همکاران انجام گرفت. مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقایسه ای بود ، جمعیت مورد مطالعه بیماران بیمه شده تامین اجتماعی و غیر بیمه تامین اجتماعی بستری در بیمارستان امام رضا وابسته به سازمان تامین اجتماعی بود. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به ۱۴۵ بیمار بستری پرسشنامه داده شد که ۱۱۶ نفر از آنان بیمه شده تامین اجتماعی و ۲۹ نفر غیر بیمه تامین اجتماعی بودند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه دوقسمتی :۱- مشخصات فردی پژوهش ۲- نظرسنجی بیماران در رابطه با خدمات درمانی ، خدمات پرستاری و مدیریتی استفاده شد . جهت تجزیه و تحلیل داده ها نیز از آزمون های اماری ، توصیفی و استنباطی استفاده گردید. نتایج این بررسی نشان داده است که اکثریت نمونه ها در دو گروه مربوط به زنان (۶۹٪) و در محدوده سنی ۱۵-۳۰ سال (۵۷.۸٪) و با تحصیلات زیر دیپلم (۶۸.۱٪) بوده اند . بیشترین میزان رضایتمندی مربوط به بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی با ۷۵٪ نسبت به خدمات درمانی ۶۲.۹٪ نسبت به خدمات پرستاری و ۷۷.۶٪ نسبت به خدمات مدیریتی بوده است . تفاوت معناداری از نظر خدمات مدیریتی در هر دو گروه مشاهده شد ولی از نظر خدمات درمانی و پرستاری تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. هر دو گروه بیمه شدگان و غیر بیمه شدگان نقش آموزشی پرستاران را نا مناسب ارزیابی کرده اند (اکبری،۱۳۸۶).

مطالعه ی مشابهی توسط جعفری و همکاران در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت. عنوان این مطالعه " بررسی میزان رضایت مندی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مازندران از خدمات بیمه درمانی تکمیلی سال ۱۳۸۴ " بود. از آنجاییکه شیوه و دامنه ارائه خدمات درمانی به بیماران وسعت بسیاری یافته است و بیمه درمان پایه پاسخگوی این نیازها نمی باشد ، بسیاری از مشتریان نیاز به وجود بیمه درمانی تکمیلی را احساس نموده اند. از طرفی دیگر در سال های اخیر استفاده از نظرات مددجویان و میزان رضایت مشتری در بخش خدمات بهداشتی و درمانی به یک واقعیت انکار ناپذیر تبدیل شده است. به همین دلیل این مطالعه با هدف تعیین میزان رضایت مندی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مازندران از خدمات

بیمه درمانی تکمیلی در شهر ساری انجام شده است. این مطالعه از نوع توصیفی بوده و در آن ۱۲۰ نفر از بیماران بستری و سرپایی بیمه شده که حداقل یک بار از خدمات بیمه درمانی تکمیلی بهره مند شدند، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای بود که روایی و پایایی آن با مطالعه مقدماتی مورد سنجش قرار گرفت. اطلاعات نیز با استفاده از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS تحلیل شدند. ۵۱/۷ درصد از واحدهای مورد پژوهش از نحوه برخورد کارکنان شرکت، ۵۳/۳٪ از میزان همکاری و ۴۹/۲٪ از پایداری سازمان به تعهدات خود راضی بودند. بین عامل سن، سطح تحصیلات، تعداد دفعات بستری، علت بستری و اقدامات تشخیصی انجام شده و میزان رضایتمندی در این پژوهش رابطه معنی دار وجود دارد (جعفری، ۱۳۸۶).

در سال ۱۳۸۸ مطالعه ای با عنوان " رضایت سنجی جانبازان از خدمات بیمه تکمیلی و رابطه آن با نوع و درصد جانبازی " توسط حسینی و همکاران انجام گرفت. هدف از این پژوهش، بررسی میزان رضایت جانبازان از خدمات بیمه تکمیلی و رابطه آن با نوع و درصد جانبازی و سایر عوامل مرتبط با رضایت جانبازان از بیمه مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش ۴۰۰ نفر از جانبازان شهر تهران با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای انتخاب شدند و داده های آنان به وسیله پرسشنامه ۳۲ سوالی که در این زمینه طراحی شده بود، جمع آوری گردید. داده ها با استفاده از جدول های فراوانی، شاخص های مرکزی و پراکندگی، نمودارهای ستونی و هیستوگرام، نمودار جعبه ای، تحلیل واریانس یک طرفه، پراکنش، آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن، جدول توزیع فراوانی دو سویه، نمودار ستونی خوشه ای و آزمون مربع کای تجزیه و تحلیل شدند. یافته های این پژوهش حاکی از این بود که رضایت جانبازان از خدمات بیمه تکمیلی در حد متوسط می باشد و بین رضایت از خدمات درمانی ارائه شده به تفکیک نوع جانبازی تفاوت کمی مشاهده شد که این تفاوت معنی دار نیست. ولی در رضایت جانبازان به تفکیک درصد جانبازی تفاوت بیشتری مشاهده میشود (فرهنگی، دورتاج و طالبی، ۱۳۸۸).

مطالعه ی دیگری با عنوان " بررسی عوامل موثر بر رضایت مندی بیمه گذاران بیمه های درمان شرکت بیمه ی دانا : در سال ۸۳ توسط سید مهدی غفوری انجام گرفت. در این پژوهش رضایت بیمه گذاران به عنوان یک متغیر وابسته به وسیله عوامل موثر بر رضایتمندی (متغیر مستقل) تحت تاثیر قرار می گیرد. فرضیه های پژوهش بر اساس متغیرهای

حق بیمه ، خدمات و تسهیلات، وضعیت رفتاری کارکنان، اطلاع رسانی، خسارت پرداختی و مهارت و سرعت عمل کارکنان طارحی و فرض شد که تاثیرگذاری مدیریت بیمه های درمان بر رضایت بیمه گذاران از طریق متغیرهای مذکور صورت می گیرد. روش پژوهش از نوع توصیفی-کاربردی بود و برای گگردآوری اطلاعات از روش کتابخانه ای و میدانی استفاده شده بود. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش حاوی ۳۰ سوال بود که در جامعه آماری ۲۹۷ نفره و حجم نمونه ۵۰ نفری توزیع گردید. این نمونه به وسیله نمونه گیری تصادفی سیستماتیک به دست آمده بود. یافته هایی که از این پژوهش به دست آمد بدین شرح بود : بیش از نیمی از بیمه گذاران از حق بیمه و نحوه پرداخت آن رضایت داشتند و هم چنین عامل حق بیمه به نسبت دیگر عوامل ، بیشترین تاثیر را بر رضایت بیمه گذاران داشته است. در رابطه با رضایت بیمه گذاران از عامل خدمات و تسهیلات نیز ، میزان رائه این خدمات با رضایت بیمه گذاران رابطه معناداری دارد . بیشتر بیمه گذاران از نحوه اطلاع رسانی شرکت راضی بوده اند . به طور کلی می توان گفت مشتریان بیمه های درمان شرکت بیمه دانا از نوع خدمات و تسهیلات ارائه شده ، چگونگی اطلاع رسانی ، وضعیت رفتاری، روابط عمومی ،مهارت و سرعت عمل کارکنان ، به صورت غالب موافقت و رضایت خود را اعلام نموده اند ولی این رضایت در باره خسارت های دریافتی تا حد زیادی حاصل نشده است(غفوری، ۱۳۸۲).

مطالعه ای که با عنوان " بررسی میزان رضایتمندی بیمه شدگان نیروهای مسلح از پوشش بیمه ای دارو و ملزومات پزشکی در شعبه همدان " در سال ۱۳۹۱ در دومین کنفرانس اقتصاد سلامت ارائه شد . این تحقیق در راستای بررسی رضایتمندی یا عدم رضایتمندی بیمه شدگان نیروهای مسلح شعبه همدان از پوشش بیمه و ملزومات پزشکی انجام گردید. روش این تحقیق میدانی و بوسیله تکمیل پرسشنامه تهیه شده از مدل فورنل محتوی ۱۱ سوال بود. این پرسشنامه از ۴ جنبه وفاداری ، رضایتمندی، شکایات و انتظارات مشتری به مسئله رضایت سنجی نگریسته است. جامعه آماری مورد مطالعه مراجعین به واحد تایید دارو بودند که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند . بعد از جمع آوری داده ها ، با تحلیل پرسشنامه ها این نتیجه حاصل شد که اکثر بیمه شدگان از پوشش بیمه ای دارو رضایت داشتند(قنبری، حجتی، طلوعی و نجاتی، ۱۳۹۱).

مطالعه ای با عنوان " بررسی عوامل موثر بر رضایت مشتریان در بیمه های زندگی " توسط نازیلا نیاکان لاهیجی انجام گرفت. از آنجاییکه هر صنعت نیازهای خاص خود را برای سنجش رضایت مشتریان دارد، هدف از این مطالعه شناسایی عوامل موثر بر رضایت مشتریان بیمه های زندگی است. برای تحقق این هدف مدلی مفهومی متناسب با نیاز این شرکت برای سنجش رضایت مشتریان در رشته های بیمه زندگی طراحی گردید و سپس پرسشنامه ای برای جمع آوری داده ها تهیه و توزیع گردید. جامعه آماری مورد بررسی در این تحقیق ، همه مشتریان حقیقی بیمه های زندگی این شرکت بیمه در استان تهران در سال ۹۰ بود که در این میان از ۱۴۰ مشتری به عنوان نمونه نظرسنجی به عمل آمد. برای تحلیل داده ها از تحلیل عاملی اکتشافی ، آزمون T ، همبستگی و تحلیل تمیز استفاده گردیده است. نتایج اصلی به دست آمده حاکی از آن است که دو عامل پاسخ گویی و تکریم ، بر رضایت مشتریان تاثیر دارد(نیاکان، ۱۳۹۱).

مطالعه ای با عنوان " اندازه گیری کیفیت ارائه خدمات بیمه با استفاده از مدل گسترده کیفیت خدمات (سروکوال): مطالعه موردی شرکت های بیمه آسیا ، ایران، البرز ، دانا" در سال ۱۳۸۴ توسط جعفر نژاد و همکاران انجام گردید . هدف از این تحقیق اندازه گیری مولفه های کیفیت خدمات ارائه شده به بیمه شدگان در موسسات بیمه ایران، آسیا ، البرز و دانا بود. مدل سروکوال مدلی برای ارزیابی کیفیت خدمات یی نتیجه پژوهش پارسورامان و همکارانش است . نتیجه ای که حاصل شد بدین گونه بود که میانگین انتظارات بیمه گذاران از کیفیت خدمات بیمه تفاوت معناداری با میانگین ادراکات بیمه گذاران از این کیفیت خدمات بیمه دارد به گونه ای که خدمات بیمه ای که بیمه گران ارائه کرده اند نتوانسته است پاسخگوی انتظارات بیمه گذاران باشد(رحیمی و جعفرنژاد، ۱۳۸۴).

مطالعه ای با عنوان " بررسی عوامل موثر بر رضایت مندی بیمه شدگان اصلی، از حمایت ها و خدمات بیمه ای و درمانی (مطالعه موردی تامین اجتماعی شهرستان خرم آباد در سال ۱۳۸۹)" توسط ایرج ساعی و همکاران انجام گرفت. این پژوهش با روش اسنادی و اساسا با روش پیمایشی، و با هدف بررسی عوامل موثر بر رضایت بیمه شدگان اصلی، از این حمایت ها و خدمات در شهرستان خرم آباد ، در سال ۱۳۸۹ صورت گرفته است. از بین جامعه آماری ۶۱۶۴۹ نفری اقدام به نمونه گیری تصادفی شد و تعداد ۴۰۰ پرسشنامه بین حجم نمونه مورد نظر توزیع گردید. نتیج این تحقیق نشان داد که اولین عامل تاثیرگذار متعلق به سن می باشد به این صورت که رضایتمندی افراد مسن بیشتر از افراد جوان بود ،

بعد از آن رضایت متاهلین بیشتر از مجردین بود. نوع بیمه به میزان ۰.۸٪ تاثیر داشت به نحوی که استفاده کنندگان از بیمه اختیاری رضایت بالاتری نسبت به بیمه اجباری داشتند. همچنین نتایج نشان داد که سهولت دسترسی به خدمات در ۰.۵٪ موثر می باشد. در مجموع میزان رضایت افراد تحت پوشش از خدمات بیمه ای و درمانی در حد متوسط رو به پایین مشاهده شد (ساعی و خسروی، ۱۳۸۹).

مطالعه ای با عنوان " الویت بندی شاخص های عملکردی سازمان بیمه ای در ایران از دیدگاه بیمه شدگان " توسط بهادری و همکاران در سال ۲۰۱۱ انجام گرفت. هدف از این مطالعه رتبه بندی و الویت بندی شاخص های عملکرد بیمه از دیدگاه بیمه شدگان بود. مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی و مقطعی بود. حجم نمونه ۴۰۰ بیماری بودند که به مراکز درمانی مراجعه داشتند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته گردآوری شد و با استفاده از SPSS و تست های آماری تجزیه و تحلیل گردید. نتیجه ای که حاصل شد بدین گونه بود که فاکتورهایی مثل جنس، سابقه بستری، استقلال، وضعیت اشتغال، و سطح تحصیلات رابطه معناداری با شاخص های عملکردی ندارد. میانگین اغلب شاخص های مورد مطالعه از دیدگاه بیمه شدگان متوسط رو به بالا بود، در بین شاخص ها، آگاهی از قوانین در سطح بالاتری قرار داشت پس بالطبع الویت کمتری را دارا بود (بهادری، ۱۳۹۱).

مطالعه ای با عنوان "بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در شعبه خدمات درمانی نیروهای مسلح شهر همدان از منظر جانبازان" توسط بهادر و همکاران انجام گرفت. هدف از این مطالعه بررسی کیفیت خدمات ارائه شده به جانبازان نیروهای مسلح و شناسایی میزان شکاف کیفیت خدمات در شعبه خدمات درمانی نیروهای مسلح شهر همدان در سال ۱۳۹۲ با استفاده از روش سروکوال بود. پژوهش از نوع توصیفی تحلیلی بود. حجم نمونه شامل ۱۰۰ نفر و ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه استاندارد مدل سروکوال با ۲۶ سوال بود. جانبازان در بخش انتظارات در مورد وضعیت ایده آل و در بخش ادراکات در مورد وضعیت موجود یا آنچه هست به سوالات پاسخ دادند و بر این اساس شکاف کیفیت تعیین شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت. با بهره گیری از روش های آمار توصیفی همچون جداول فراوانی و انحراف معیار تحلیل انجام شد. نتایج این مطالعه بدین شرح بود که انتظارات از کارکنان در همه ابعاد و شاخص ها بالاتر از وضعیت موجود بود. بیشترین نمره در بخش انتظارات مربوط به بعد تضمین خدمات تعهد شده و

کمترین نمره مربوط به همدلی بود. از این رو سازمان های بیمه گر میبایست تلاش نمایند نیازها و خواسته های مشتریان خود را به درستی بشناسند. با به کارگیری مدل سروکوال و ارزیابی کیفیت از دیدگاه مشتری و با برنامه ریزی صحیح، اصلاح نابسامانی ها و نهایتاً بهبود کیفیت خدمات ممکن خواهد شد (قنبری، بهادری و زابلی، ۱۳۹۲).

قابل جو در رساله دکتری خود با عنوان " مطالعه تطبیقی نظام بیمه خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران " ویژگی های نظام کنونی بیمه درمان ایران را بیان نموده و نقایص زیادی را مطرح کرده است که عبارتند از وجود سازمان های موازی، یکسان نبودن خدمات ارائه شده توسط سازمان های بیمه گر، نارضایتی بیماران از کیفیت خدمات دریافتی، نارضایتی ارائه دهندگان خدمت از تاخیر در پرداخت ها و تعرفه ها، عدم پوشش کامل جمعیت، نبود سیستم ارجاع، ضعف بنیه مالی صندوق ها، نبود یک نهاد معین جهت کنترل و نظارت و ارزشیابی، ضعف های مدیریتی و عدم آموزش کافی مدیران و کارشناسان، فراهم نمودن امکانات برای دسترسی بیماران به خدمات مناسب و برابر، پایین بودن سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی (قابلی جو، ۱۳۷۸).

۲-۳-۲ مطالعات انجام شده در جهان

پژوهش انجام شده توسط کویلی و ویلیامز در دانشگاه دندی انگلستان سال ۲۰۰۱، با عنوان "ارزیابی مردم به عنوان افراد جهت توسعه یک ابزار پژوهشی بیمار محور در مراقبتهای ثانویه"، یک مطالعه مقطعی با هدف شناسایی و تعیین نظرات و تجربیات بیماران بستری از تهدید هویت انسانی در طول مراقبتهای درمانی بوده است. در این پژوهش، پژوهشگران بوسیله مطالعات مقدماتی کیفی بر روی ۴۱ بیمار و مصاحبه پرسشنامه ای با ۷۲ سوال در ۷ شاخص که شامل موارد: خودمختاری و اختیار، شخصیت دهی، احترام به افراد، دادن اطلاعات، دسترسی به کارکنان، فشار های زندگی بوده است. تعداد نهایی نمونه ها ۹۷ بیمار از بخش های داخلی، جراحی و گوش و حلق و بینی از میان ۳۲۵ پرسشنامه ارائه شده به بیماران بستری حین ترخیص در این بخش ها در بیمارستان آموزشی اسکاتلند به دست آمده است. بیماران در محدوده سنی بالای ۱۶ سال و بستری حداقل ۱ شب در این بخش ها و بدون پیشینه بیماری روانی و

فراموشی انتخاب شده اند. در زمان توزیع پرسشنامه به بیماران مهلت ۱ هفته ای برای بازگرداندن پرسشنامه داده شده است که در نهایت ۹۷ نفر پرسشنامه را برگردانده اند که ۴۹ بیمار مرد و ۴۸ بیمار زن و میانگین سنی آنان ۱۰.۳٪ کمتر از ۲۱ سال ، ۱۷.۵٪ در محدوده سنی ۲۱-۳۴ سال ، و ۱۷.۵٪ در محدوده سنی ۳۹ و ۱۹.۶٪ در محدوده سنی ۵۰-۶۴ بوده اند. نتایج نشان داده است که رضایت بیماران از مراقبتها دارای حد بالای امتیاز بوده برای مثال ۹۶٪ احساس کرده اند که پزشکان از نهایت درایت در درمان آنان برخوردارند و ۸۷٪ احساس نموده اند که پرستاران به نحو عالی از آنان مراقبت نموده اند ، بیشترین آمار مربوط به سالمندان ۶۵ ساله بوده است . ولی در کل مشکلاتی در رابطه با مشارکت در مراقبتها و دسترسی به متخصصین مطرح گردیده است ، برای مثال ۲۹٪ احساس کرده اند که مدت انتظار طراحی شده مناسب با آسایش بیمار نیست و ۵۵٪ بیان کرده اند که تجهیزات موجود در آنجا آنها را خسته میکند و ۶۵٪ از نوع غذای بیماران رضایت داشته اند و در نهایت میزان شکایت در زنان بیش از مردان دیده شده است (Coyle & Williams, 2001).

مطالعه ای در دانشگاه آکسفورد توسط جنکیلسون و کولتر و همکاران در سال ۲۰۰۲ انجام شد . عنوان این مطالعه “تعیین عوامل تاثیر گذار در میزان رضایت مندی بیماران از خدمات درمانی و توضیح شاخص های معنی دار تجارب بیماران از خدمات مراقبتی درمانی” است . پژوهش بوسیله پرسش نامه طراحی شده در ۴۰ سوال و ۷ جنبه (اطلاعات و آموزش، تناسب خدمات ، آرامش و راحتی جسمی، حمایت عاطفی، توجه به خواسته های بیماران ، درگیری خانواده و اقوام ، تداوم مراقبت) صورت گرفته است. پرسشنامه ۱ ماه بعد از ترخیص بیماران از بیمارستان به خانه هایشان ارسال شده و محدوده سنی بالای ۱۸ سال را در بر گرفته است . تعداد نمونه های نهایی ۲۲۴۹ بود که این تعداد از میان ۳۵۹۲ پرسشنامه ارسالی در ۵ بیمارستان عمومی اسکاتلند و بر اساس انتخاب تصادفی صورت گرفته است. ۵۲.۷٪ نمونه ها زن و ۴۵.۸٪ نمونه ها مرد و ۱.۵٪ نیز سوال مربوط به جنسیت را پاسخ نداده اند . میانگین سنی ۶۰.۹ سال و در محدوده سنی ۱۸-۹۸ سال بوده اند و از تعداد کل ۴۰.۹٪ مربوط به بیماران پذیرش شده قبلی و برنامه ریزی شده و ۴۹.۶٪ مربوط به پذیرش های اورژانسی بوده است . در نتایج بدست آمده مطرح شده است که حدود ۹۰٪ بیماران ترخیص شده از بیمارستانهای انگلستان از خدمات بیمارستانی طی مدت بستری اظهار رضایت داشته اند و آرامش جسمی ، حمایت

روانی و توجه به خواسته های بیماران از مهم ترین علل رضایت آن بیماران بوده است. در این مطالعه وضعیت اقتصادی ، برخورداری از بیمه های درمانی و نوع بیماریهای بیماران و طول مدت بستری آنان که می تواند بر روی نظرات و رضایتمندی آنها تاثیر بگذارد بیان نشده است (Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards, & Chandola, 2002).

پژوهش دیگری تحت عنوان " ارزشیابی میزان رضایتمندی بیماران " توسط ناتورست بوس و همکاران در سال ۲۰۰۱ انجام گرفت. این مطالعه در کشور سوئد بود و میزان رضایتمندی بیماران با استفاده از ۲ پرسشنامه ی دیدگاه بیماران از کیفیت و مدل کیفیت بدست آمده است. هدف از این مطالعه ارزشیابی این دو روش متفاوت و شناسایی نقاط قوت و ضعف هر یک بوده است و مطالعه در درمانگاه سرپایی زنان و زایمان بیمارستان کارولینسکا که سالیانه تقریباً ۴۰۰۰ مراجعه کننده دارد صورت گرفته است. ابتدا بر اساس سوالات پرسشنامه مدل دیدگاه بیماران درباره کیفیت، پرسشنامه ساده ای به ۱۰۰ بیمار داده شد و ۳۷ سوال نهایی غالب بندی و مشابهت در دو روش رعایت و نهایتاً پرسشنامه ها در ۸ زمینه مختلف طراحی شد (مراقبت درمانی ، زمان انتظار، درمان توسط پزشک، مراقبت پرستاری، اطلاعات، مشارکت ، محیط درمانی و قابلیت دسترسی). از زنان مراجعه کننده خواسته شده بود که در طی حضور در درمانگاه به سوالات پاسخ دهند و برای گروهی که امکان پاسخ دهی در این مدت را نداشتند فرصت داده میشد تا پرسشنامه تکمیل شده را به وسیله پست به گروه برسانند. تعداد نهایی نمونه ها ۴۶۰ نفر که از این میان ، ۲۴۷ نفر پرسشنامه کیفیت، رضایتمندی ، اجرا و ۲۶۰ نفر پرسشنامه دیدگاه بیماران از کیفیت انتخاب شده است. در هر دو گروه میانگین سنی، تحصیلات، و تعداد مراجعه نمونه ها نسبتاً یکسان بوده است. نتایج نشان داده است که در هر دو مدل ، مراقبت درمانی، درمان توسط پزشک، و دسترسی به مراقبت پرستاری در بالاترین میزان اهمیت نسبت به سایر عوامل در رضایتمندی بیماران بوده است و در مقابل قابلیت دسترسی و مشارکت کمترین میزان نمرات را به خود اختصاص داده اند (Nathorst-Böös, Munck, Eckerlund, & Ekfeldt-Sandberg, 2001).

فصل سوم

روش پژوهش

۳-۱ مقدمه

روش پژوهش یکی از مهمترین بخش‌های یک مطالعه است و نقش حساسی در دقت و کیفیت پژوهش دارد. بنابراین همخوانی و تناسب روش پژوهش با قسمت‌های دیگر موجب خواهد شد که یافته‌ها و نتیجه‌گیری مطالعه سودمند باشد. در این فصل، پژوهشگر ابتدا به معرفی محیط و نمونه‌ی پژوهش می‌پردازد، سپس روش نمونه‌گیری و گردآوری داده‌ها را مشخص کرده و در آخر روش تحلیل داده‌ها را در پژوهش شرح می‌دهد.

۳-۲ نوع پژوهش

این مطالعه با استفاده از متد ترکیبی در سال ۹۲-۹۳ انجام پذیرفت و شامل دو بخش کیفی و کمی می‌باشد. بخش کیفی پژوهش با استفاده از مصاحبه با مدیران ارشد دو سازمان مورد مطالعه انجام پذیرفت. این بخش از مطالعه جهت شناسایی حیطه‌های عملکردی به کار گرفته شد. بخش کمی پژوهش نیز شامل تعیین رضایتمندی بیمه شدگان دو سازمان بود که با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته این امر محقق گردید. لازم به ذکر است جمع‌آوری اطلاعات در سال ۹۲ انجام گردیده است.

۳-۳ جامعه پژوهش

با توجه به موضوع مطالعه، پژوهش حاضر دو جامعه متفاوت دارد:

جامعه اول:

کلیه مدیران سطوح عالی سازمان بیمه تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت ایران می‌باشد که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند.

جامعه دوم:

کلیه بیمه شدگان تامین اجتماعی و بیمه سلامت استان تهران می باشند. دلیل انتخاب این سازمانها امکان کسب اطلاعات و قابل دسترس بودن اعضای آنها به دلیل بزرگ بودن این سازمانها می باشد.

۳-۴ حجم نمونه و روش نمونه گیری

از آنجایی که تاکنون، مطالعه مشابهی در خصوص ارتباط حیطة عملکرد بیمه‌ای و رضایت بیمه شدگان صورت نگرفته بود لذا میزان P و α نامعلوم می باشد اما با توجه به در دسترس بودن تعداد جامعه کل بیمه شدگان سازمانهای بیمه‌گر استان تهران (بر اساس اطلاعات بدست آمده از گزارش سازمان‌های بیمه‌گر پایه که فقط جامعه دو سازمان مورد مطالعه در جدول فوق اشاره شده است) می توان درصد بیمه شدگان هر سازمان را نسبت به کل بیمه شدگان استان تهران محاسبه نمود، بنابراین میزان p و α را می توان تخمین زده شد.

بدین ترتیب حجم نمونه مورد نیاز از هر سازمان برای مطالعه، با توجه به فرمول زیر در میزان خطای ۵٪ و p (درصد بیمه شدگان هر سازمان نسبت به کل بیمه شدگان) محاسبه گردید و از آنجائی که پژوهشگران درصدد جمع‌آوری اطلاعات از هر یک از صندوق های تابعه سازمانهای بیمه ای مورد مطالعه می باشند به روش نسبتی در هر صندوق حجم نمونه تعیین شد:

$$n = \frac{N \left(Z_{1-\alpha/2} \right)^2 P(1 - P)}{d^2(N - 1) + Z^2 P(1 - P)}$$

که در آن:

$$1 - \alpha/2 = 0.975$$

$$N(Z_{1-\alpha/2}) = 1.96$$

$$N(Z_{1-\alpha/2})^2 = 3.8416$$

$$\alpha = 5.00\%$$

$$P = 64.00\%$$

$$d = 5.00\%$$

۲۲۸۴۵۸۲ (بیمه سلامت) و ۲۷۸۸۲۶۹ (تامین اجتماعی)

مقادیر محاسبه شده در جدول فوق نشان داده شده است. همچنین لازم به ذکر است که نمونه ها از تمامی واحدهای ارائه دهنده خدمت در استان تهران، مورد بررسی قرار گرفت

جدول ۳-۱ جامعه پژوهش و حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعه

بیمه تامین اجتماعی				بیمه خدمات درمانی				تعداد	نام سازمان
توافقی	بیکاری	خاص	اجباری	ایرانیان	روستایی	سایراقشار	کارمندی		شهر - استان / صندوق
۱۶۷۴۱	۳۱۶۶۰	۳۵۲۳۷۸	۱۸۸۰۳۶۱	۶۱۳۳۳۶	۹۰۴۴	۱۷۹۸۱۳	۸۷۱۴۵۶	جامعه	تهران
۲	۴	۴۴	۲۳۹	۶۴	۱	۱۹	۹۰	نمونه	
۴۸۳	۱۳۷۹۷	۱۱۱۶۹۲	۳۸۱۱۵۷	۱۲۳۵۸۲	۳۶۴۵۱۲	۹۸۲۶	۱۱۳۰۱۳	جامعه	شهرستانهای تهران
۱	۲	۱۴	۴۸	۱۳	۳۸	۱	۱۲	نمونه	
۱۷۲۲۴	۴۵۴۵۷	۴۶۴۰۷۰	۲۲۶۱۵۱۸	۷۳۶۹۱۸	۳۷۳۵۵۶	۱۸۹۶۳۹	۹۸۴۴۶۹	جامعه	جمع استان تهران (به تفکیک صندوق)
۳	۶	۵۸	۲۸۷	۷۷	۳۹	۲۰	۱۰۲	نمونه	
۲۷۸۸۲۶۹				۲۲۸۴۵۸۲				جامعه	جمع کل استان تهران
۳۹۴				۲۳۸				نمونه	

۳-۵ روش گردآوری داده‌ها

پس از کسب معرفی نامه از دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی قزوین، پژوهشگر به بیمارستان‌ها، اداره بیمه‌های تامین اجتماعی و بیمه سلامت و سایر واحدهای مورد مطالعه مراجعه نموده و در فاصله‌ی چهار ماه از اسفند ۹۲ تا خرداد ۹۳ به جمع‌آوری داده‌ها پرداخت. افراد مورد پژوهش به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌ها به صورت فرد به فرد میان آنان توزیع شد و توضیحات لازم از جمله مفاهیم پایه ای توسط پژوهشگر به هر کدام از آنان ارایه گردید. پس از گردآوری پرسشنامه‌ها و کنار گذاشتن موارد مخدوش و ناقص ۳۸۴ مورد صحیح و کامل برای بیمه شدگان تامین اجتماعی و ۲۲۹ مورد صحیح و کامل برای بیمه شدگان خدمات درمانی به دست آمد. بنابراین نرخ پاسخ گویی به پرسشنامه‌ها برای سازمان تامین اجتماعی ۹۷ درصد و برای خدمات درمانی ۹۶ درصد به دست آمد.

در رابطه با قسمت دوم پژوهش، مصاحبه با مدیران، پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی قزوین در مرداد ماه ۹۳ به سازمان بیمه سلامت و سازمان تامین اجتماعی مراجعه نمود. افراد مورد پژوهش شامل ۳ نفر در سازمان بیمه تامین اجتماعی و ۲ نفر در سازمان بیمه سلامت بودند. مدیرانی که جهت کسب اطلاعات با ایشان مصاحبه گردید دارای سابقه بالای ۱۵ سال در حیطه سلامت و همگی از مدیران ارشد هر دو سازمان بودند. برای انجام مصاحبه با افراد مورد نظر تماس گرفته شد و سپس نامه ای حاوی هدف طرح، معرفی پژوهشگر برای افراد فرستاده شد. همه مصاحبه ها در دفاتر کاری این افراد انجام شد. تمامی مصاحبه ها ضبط و پیاده سازی شدند.

۳-۶ ابزار گردآوری داده‌ها

برای جمع آوری اطلاعات مربوط به رضایت بیمه شدگان از پرسشنامه‌ی محقق ساخته استفاده شد. چون این پرسشنامه مبتنی بر حیطه های عملکردی می باشد برای طراحی آن، محقق با مطالعات کتابخانه‌ای، بررسی

پرسشنامه‌های رضایت سنجی بیمه مرکزی کشور و جمع آوری اطلاعات کافی درباره رضایت بیمه شدگان از طریق نشست با صاحب نظران و کارشناسان امور بیمه ای در سطح دانشگاه و اداره برنامه ریزی و هماهنگی بیمه های سلامت وزارت بهداشت پرسشنامه اولیه را طراحی نمود.

پرسشنامه نهایی طراحی شده دارای ۲ بخش اصلی است که بخش اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک: سن، جنس و ... است. بخش دوم مربوط به رضایت بیمه شدگان که به صورت طیف ۵ درجه ای لیکرت بوده و شامل ۷ حیطه (جمعیت تحت پوشش، حق بیمه، دسترسی به خدمت، انباشت خطر، تامین منابع، تعامل با بیمه شدگان، بسته بیمه) می باشد. از آنجاییکه دو سازمان مورد مطالعه در زمینه دارا بودن مراکز ملکی تفاوت داشتند دو پرسشنامه برای سنجش رضایتمندی بیمه شدگان طراحی گردید. پرسشنامه بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران حاوی ۳۰ سوال بود که ۲ سوال مربوط به حیطه حق بیمه، ۶ سوال مربوط به حیطه انباشت منابع، ۱ سوال مربوط به حیطه انباشت خطر، ۱۱ سوال مربوط به حیطه بسته خدمتی، ۶ سوال مربوط به حیطه دسترسی به خدمت و ۴ سوال مربوط به حیطه تعامل با بیمه شدگان بود. پرسشنامه بیمه شدگان تامین اجتماعی نیز حاوی ۴۱ سوال بود که ۲ سوال مربوط به حیطه حق بیمه، ۱۲ سوال مربوط به حیطه انباشت منابع، ۱ مربوط به حیطه سوال انباشت خطر، ۱۱ سوال مربوط به حیطه بسته خدمت، ۱۱ سوال مربوط به حیطه دسترسی به خدمت و ۴ سوال مربوط به حیطه تعامل با بیمه شدگان بود.

محتوای پرسشنامه (Content Validity) از طریق آنالیز محتوی مورد تایید قرار گرفت. بطوری که بعد از استخراج آیتم های این پرسشنامه از مطالعات موجود، در ادامه جهت شفاف سازی آیتم ها از روایی صوری (Face Validity) استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه به ۱۰ نفر از متخصصان حوزه مدیریت و بیمه ارائه و نقطه نظرات آن پس از جمع آوری در پرسشنامه اعمال شد.

شایان ذکر است به منظور اطمینان از درک مخاطبان و تعیین پایایی، پرسشنامه مذکور مورد پایلوت قرار گرفت. نمونه اولیه مورد مطالعه جهت تایید پایایی شامل ۶۰ نفر از بیمه شدگان سازمان های بیمه گر مورد نظر بود. ۳۰ بیمه شده تامین اجتماعی و ۳۰ بیمه شده بیمه سلامت پرسشنامه ها را تکمیل کردند. ضریب پایایی هر دو پرسشنامه بالاتر از

۸/۰ به دست آمد. نحوه تکمیل پرسشنامه بدین صورت بود که درجه رضایتشان را بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت مشخص نمودند.

ابزار دیگر مورد استفاده در این پژوهش چک لیست نیمه ساختار یافته ای بود که برای مصاحبه با مدیران ارشد تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت ایران تکمیل شد. سوالات مصاحبه ها به گونه ای طراحی شده بودند که بتوانند دیدگاهها و اعتقادات فرد را در مورد موضوع پژوهش مورد پرسش قرار دهند. سوالات در زمینه همان ۶ حیطه پرسشنامه بود ولی از دیدگاه سازمان بیمه گر به این موضوع نگریسته شده بود.

۳-۷ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های جمع آوری شده ی پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شدند. به این صورت که داده های به دست آمده در قالب آمار توصیفی شامل فراوانی مطلق و فراوانی درصد، میانگین، انحراف معیار و واریانس گزارش گردید؛ و همچنین رابطه بین متغیرها از طریق آمار تحلیلی شامل، آزمون همبستگی اسپیرمن و مقایسه میانگین ها از طریق T-test بررسی شد. با استفاده از اطلاعات به دست آمده از مصاحبه ها و قوانین و اسناد بالا دستی وضعیت حیطه های عملکردی مشخص شد.

۳-۸ مکان و زمان انجام پژوهش

در این پژوهش پرسشنامه ها توسط بیمه شدگان صندوق های مختلف سازمان های بیمه سلامت و تامین اجتماعی استان تهران در سال ۹۳-۱۳۹۲ تکمیل شدند. که نمونه ها در سطح شهرستانهای استان تهران به صورت تصادفی انتخاب شدند.

۳-۹ محدودیت های پژوهش

از جمله مشکلات این مرحله می توان به محافظه کاری برخی افراد در تکمیل پرسشنامه اشاره نمود که با توضیحات پژوهشگر مبنی بر محرمانه و بدون نام بودن پرسشنامه ها و نیز استفاده از آن ها صرفا در زمینه ی پژوهش حاضر، اطمینان حاصل شد. مشکل دیگر نیز عدم همکاری تعدادی از بیمه شدگان در تکمیل پرسشنامه ها بود که برای رفع آن، تعداد پرسشنامه بیشتری نسبت به اندازه ی پژوهش میان افراد توزیع گردید. عدم دسترسی به مدیرعامل هر دو سازمان جهت استفاده از نظرات آنها در قسمت کیفی پژوهش از محدودیت های پژوهش بود. هم چنین کمبود وقت مدیران ارشد سازمان نیز مصاحبه و به دست آوردن اطلاعات دقیق از آنان را با مشکل روبرو نمود.

۳-۱۰ ملاحظات اخلاقی

موارد ذیل به عنوان ملاحظات اخلاقی مورد نظر برای انجام پژوهش در نظر گرفته شد.

اخذ مجوز لازم و معرفی نامه کتبی از دانشکده برای انجام پژوهش

کسب مجوز از سازمان های بیمه گر جهت استفاده از اطلاعات

کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان در پژوهش و تشریح هدف و ماهیت پژوهش برای آنان

جمع آوری اطلاعات با دقت و صحت کامل

محرمانه نگهداشتن اطلاعات و نام افراد

بی طرفی و پرهیز از گرایش های خاص در حین پژوهش

محرمانگی اطلاعات بیمه شدگان

گزارش نتایج پژوهش به سازمان های بیمه گر مورد مطالعه

۳-۱۱ تعریف واژه ها

رضایتمندی:

تعریف نظری: به پاسخ عاطفی-شناختی فرد نسبت به خدمت دریافتی بر اساس انتظارات قبلی وی اطلاق می شود و رضایت و خشنودی بیمار، به ارضا نیازها و تمیلات درونی او از ارائه خدمات در رسیدن به هدف تامین سلامت اطلاق می گردد(حاجیان، ۱۳۸۶).

تعریف عملی: منظور از رضایتمندی در این مطالعه عبارت است از اندازه گیری میزان احساس رضایت بیمه شدگان سازمان های تامین اجتماعی و بیمه سلامت در ۶ حیطه حق بیمه، انباشت منابع، انباشت خطر، دسترسی به خدمت، بسته خدمت و تعامل با بیمه شدگان بر اساس سوالات پرسشنامه پژوهش.

بیمه شدگان تامین اجتماعی و بیمه سلامت:

تعریف نظری: بیمه شدگان تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت، کسانی هستند که خود را در برابر خطرات و تهدیدات غیر قابل پیش بینی مثل وقوع بیماری با پرداخت حق بیمه، تحت پوشش خدمات بیمه تامین اجتماعی یا بیمه سلامت قرار می دهند(پناهی، ۱۳۸۰).

تعریف عملی: کلیه نمونه های انتخابی دارنده دفترچه معتبر سازمان تامین اجتماعی یا بیمه سلامت را در بر می گیرد.

حیطه های عملکردی:

تعریف نظری: زمانی که از دیدگاه درونی یعنی دیدگاه افراد کشورهای دارای نظام بیمه اجتماعی سلامت به سوی دیدگاه افراد خارج یعنی دیدگاه افراد کشورهای بدون نظام فوق حرکت کنیم، می توان این نظام را با واژه های ساختاری تر توضیح داد(عرب، ۱۳۹۳). با استفاده از مثلث "بیمه شده /بیمار"، "پرداخت کننده ثالث و "ارائه دهنده خدمت" جنبه های مهم بیمه های سلامت به دست می آید.

تعریف عملیاتی: در این مطالعه با مطالعات وسیع کتابخانه ای و مصاحبه با کارشناسان، ۶ ویژگی کلیدی در نظام ها ارایه شد که می تواند به عنوان حیطه های عملکردی اصلی در نظر گرفته شوند. این حیطه ها از این قرارند: حق بیمه، انباشت خطر، انباشت منابع، بسته خدمت، دسترسی به ارائه دهندگان خدمت و تعامل با بیمه شدگان.

فصل چهارم :

یافته ها

۴-۱ مقدمه

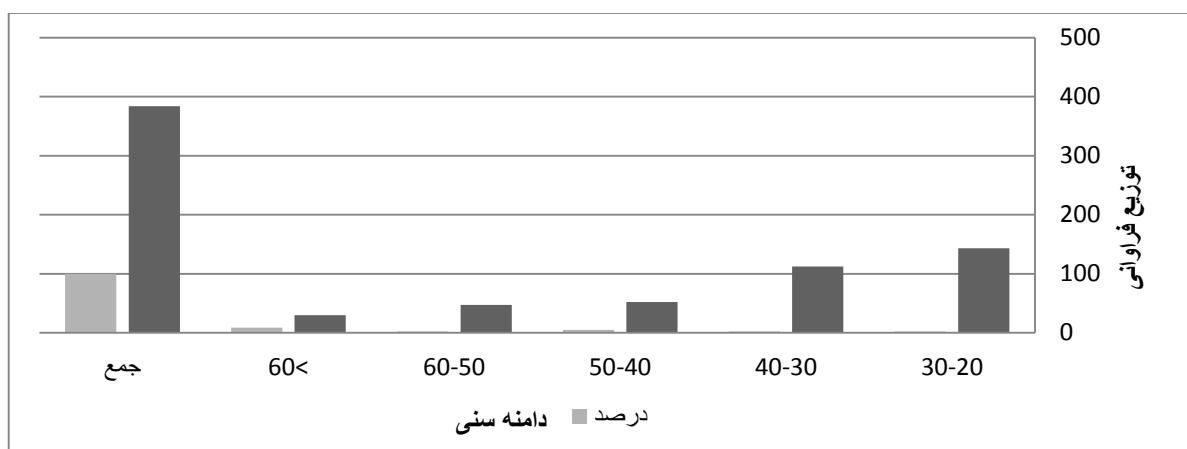
در این مطالعه حیطه‌های عملکردی سازمان‌های تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت و ارتباط آن با رضایت بیمه شدگان در استان تهران بررسی شده است. یافته‌ها در این فصل در دو قسمت ارائه می‌شود. در قسمت اول، اطلاعات مربوط به توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش آورده شده است و در قسمت دوم، یافته‌های حاصل از بررسی‌های انجام شده در پاسخ به سوالات و فرضیه‌های پژوهش ارائه می‌شود.

۴-۲ فراوانی و توصیف آماری متغیرهای دموگرافیک نمونه مورد مطالعه

نمونه‌های مورد بررسی در دو گروه بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت بودند که اطلاعات دموگرافیک آنها در جداول زیر ارائه شده است.

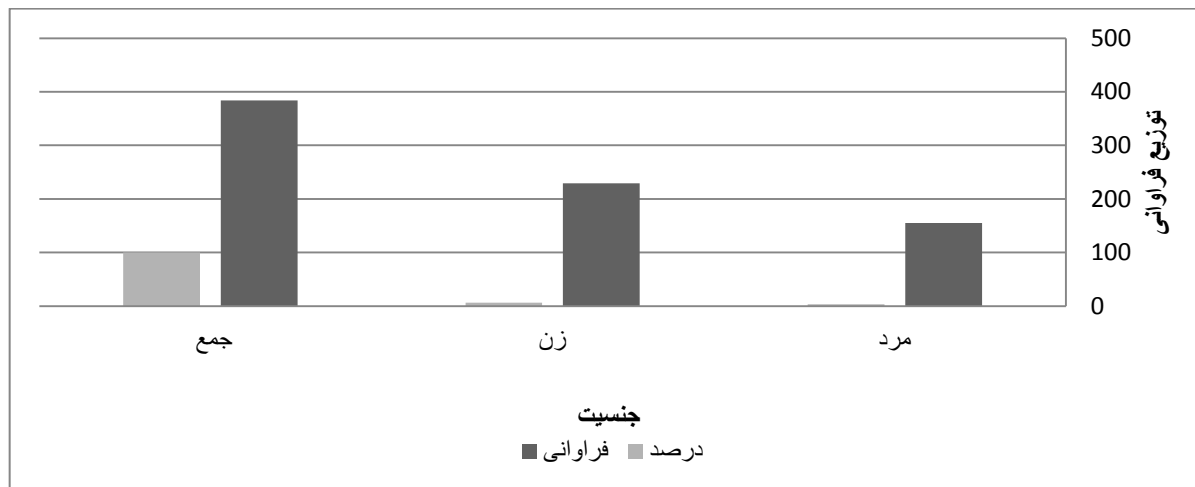
۴-۲-۱-۲-۴ فراوانی و توصیف آماری بیمه‌شدگان تامین اجتماعی

نمودار ۴-۱ بیانگر آن است که بیشترین تعداد بیمه شدگان که پرسشنامه را تکمیل کرده بودند در دامنه‌ی سنی ۲۰-۳۰ و کمترین آن افراد بالای ۶۰ سال بودند.



نمودار ۴-۱ توزیع فراوانی و درصد سن بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران

نمودار ۲-۴ نشان می دهد از بین بیمه شدگان تامین اجتماعی استان تهران شرکت کننده در پژوهش، ۴۰/۳ درصد از پاسخ دهندگان مرد و ۵۹/۶ درصد زن بودند.



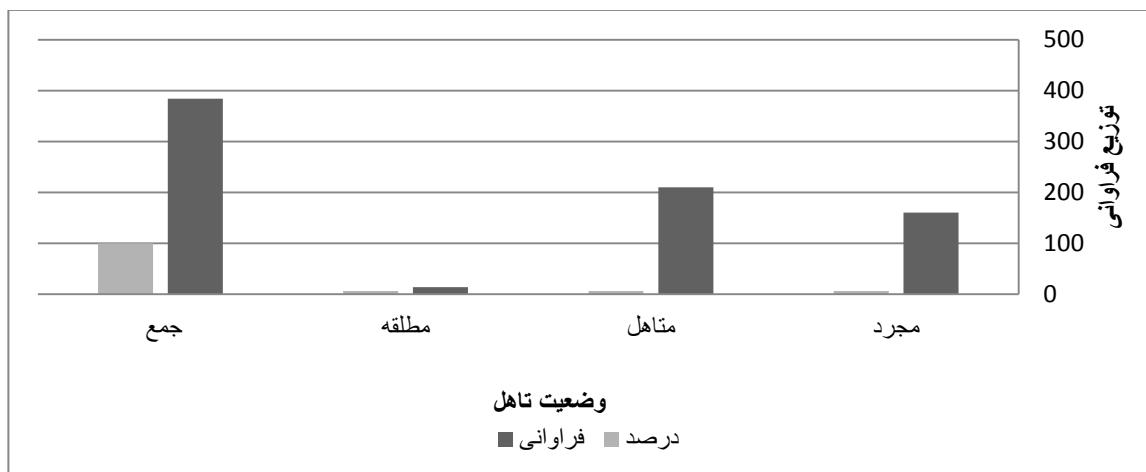
نمودار ۲-۴ توزیع فراوانی و درصد جنسیت بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران

نتایج جدول ۱-۴ بیانگر آنست که بیشترین تعداد بیمه شدگان شرکت کننده در پژوهش در رتبه‌ی لیسانس، شامل ۱۱۳ نفر (۲۹/۴ درصد از تمام بیمه شدگان) و کمترین تعداد در رتبه‌ی بیسواد، شامل ۲۹ نفر (۷/۵ درصد بیمه شدگان) بوده است.

جدول ۱-۴ توزیع فراوانی و درصد سطح تحصیلات بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد
بی سواد	۲۹	۷/۵
زیر دیپلم	۳۷	۹/۶
دیپلم	۱۰۷	۲۷/۸
فوق دیپلم	۴۴	۱۱/۴
لیسانس	۱۱۳	۲۹/۴
فوق لیسانس	۵۴	۱۴
جمع	۳۸۴	۱۰۰

نتایج نمودار ۳-۴ نشان می دهد که از بین بیمه شدگان تامین اجتماعی شرکت کننده در پژوهش بیشترین تعداد (۵۴/۶ درصد متاهل و ۴۱/۶ درصد مجرد) و کمترین تعداد مطلقه (۳/۶ درصد) بودند.



نمودار ۳-۴: توزیع فراوانی و درصد وضعیت تاهل بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران

همانطور که در جدول ۲-۴ مشاهده می شود از بین بیمه شدگان شرکت کننده در پژوهش، ۶۹ درصد هیچ فرد تحت تکفلی نداشتند و ۳/۶ درصد بالای ۴ نفر را تحت تکفل داشتند.

جدول ۲-۴: توزیع فراوانی و درصد افراد تحت تکفل بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران

تعداد افراد تحت تکفل	فراوانی	درصد
۰ نفر	۲۶۵	۶۹
۱ نفر	۳۲	۸/۳
۲ نفر	۲۹	۷/۵
۳ نفر	۱۹	۴/۹
۴ نفر	۲۵	۶/۵
>۴	۱۴	۳/۶
جمع کل	۳۸۴	۱۰۰

جدول ۳-۴ بیانگر آنست که از بین بیمه شدگان شرکت کننده در پژوهش بیشترین تعداد (۲۸/۹ درصد) کارمند و کمترین تعداد (۳/۱ درصد) راننده بودند.

جدول ۳-۴ توزیع فراوانی و درصد شغل سازمان تامین اجتماعی استان تهران

درصد	فراوانی	شغل
۸/۵	۳۳	بیکار
۱۵/۳	۵۹	خانه دار
۲۵	۹۶	دانشجو
۲۸/۹	۱۱۱	کارمند
۹/۱۱	۳۵	آزاد
۵/۷	۲۲	کارگر
۳/۱	۱۲	راننده
۴/۱۶	۱۶	بازنشسته
۱۰۰	۳۸۴	جمع

جدول ۴-۴ بیانگر آن است که بیشترین تعداد (۲۸/۱ درصد) از بیمه شدگان دارای حقوق بین ۱/۰۰۰/۰۰۰ و ۱/۵۰۰/۰۰۰ تومان بودند و کمترین درآمد مربوط به درآمد بالای ۲ میلیون تومان (۵/ درصد) بودند.

جدول ۴-۴ توزیع فراوانی و درصد درآمد بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران

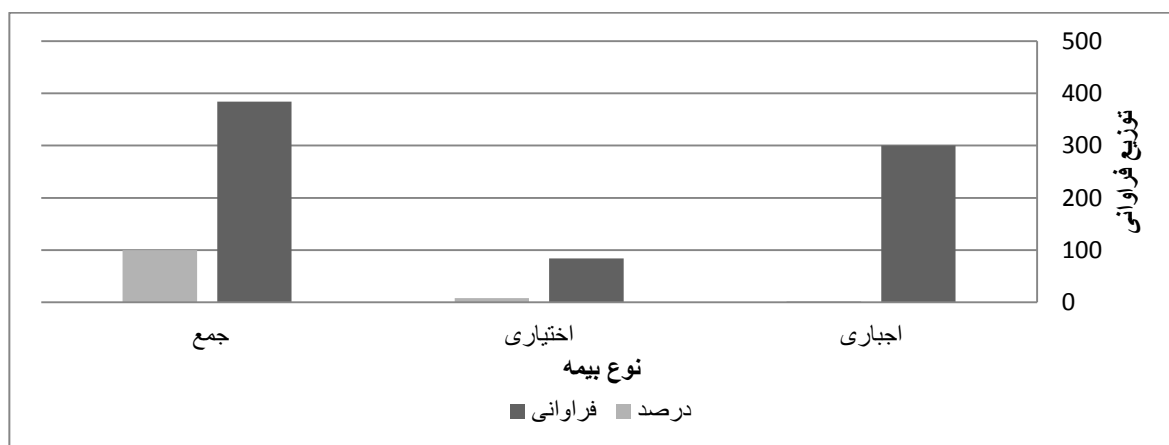
درصد	فراوانی	درآمد
۲۵/۵	۹۸	<۵۰۰/۰۰۰
۲۷/۳	۱۰۵	۵۰۰/۰۰۰ - ۱/۰۰۰/۰۰۰
۲۸/۱	۱۰۸	۱/۰۰۰/۰۰۰ - ۱/۵۰۰/۰۰۰
۱۳/۸	۵۳	۱/۵۰۰/۰۰۰ - ۲/۰۰۰/۰۰۰
۵/	۲۰	>۲/۰۰۰/۰۰۰
۱۰۰	۳۸۴	جمع

جدول ۴-۵ نشان می دهد بین بیمه شدگان شرکت کننده در پژوهش بیشترین تعداد (۶۱/۹ درصد) مربوط به صندوق اجباری و کمترین تعداد مربوط به صندوق توافقی (۸درصد) بودند.

جدول ۴-۵ توزیع فراوانی و درصد نوع صندوق بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران

نوع صندوق	فراوانی	درصد
اجباری	۲۳۸	۶۱/۹
خاص	۶۲	۱۶/۱
بیکاری	۵۳	۱۳/۸
توافقی	۳۱	۸
جمع	۳۸۴	۱۰۰

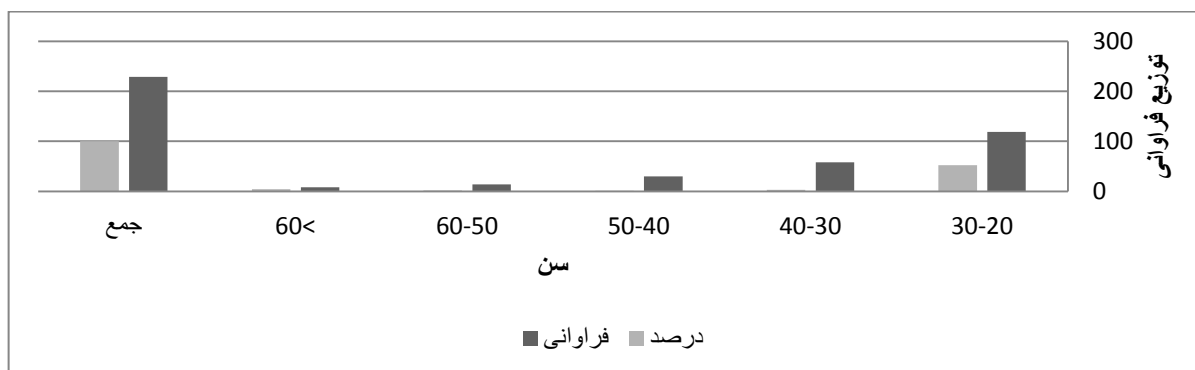
نمودار ۴-۴ حاکی از آن است که بین بیمه شدگان شرکت کننده در پژوهش بیشترین تعداد (۷۸/۱ درصد) دارای بیمه اجباری و کمترین تعداد (۲۱/۸) دارای بیمه اختیاری بودند.



نمودار ۴-۴ توزیع فراوانی نوع بیمه در بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی استان تهران

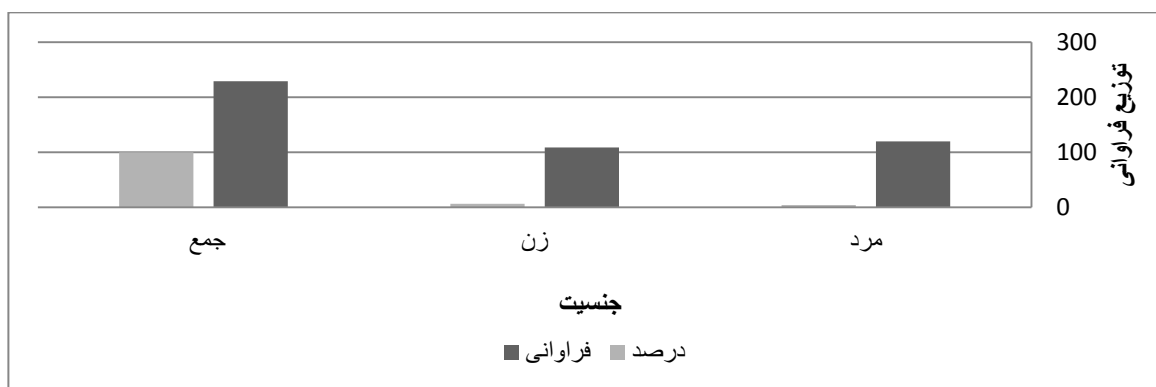
۴-۱-۲ فراوانی و توصیف آماری بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت

نمودار ۴-۵ نشان می‌دهد بیشترین تعداد افراد بیمه شده ای که در پژوهش شرکت داشتند، در دامنه‌ی سنی ۲۰-۳۰ سال و کم‌ترین آن افراد بالای ۶۰ سال بودند.



نمودار ۴-۵ توزیع فراوانی و درصد سن بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران

نمودار ۴-۶ بیانگر آن است که بین بیمه‌شدگان سلامت استان تهران شرکت کننده در پژوهش ۵۲/۴ درصد از پاسخ دهندگان مرد و ۴۷/۶ درصد زن بودند.



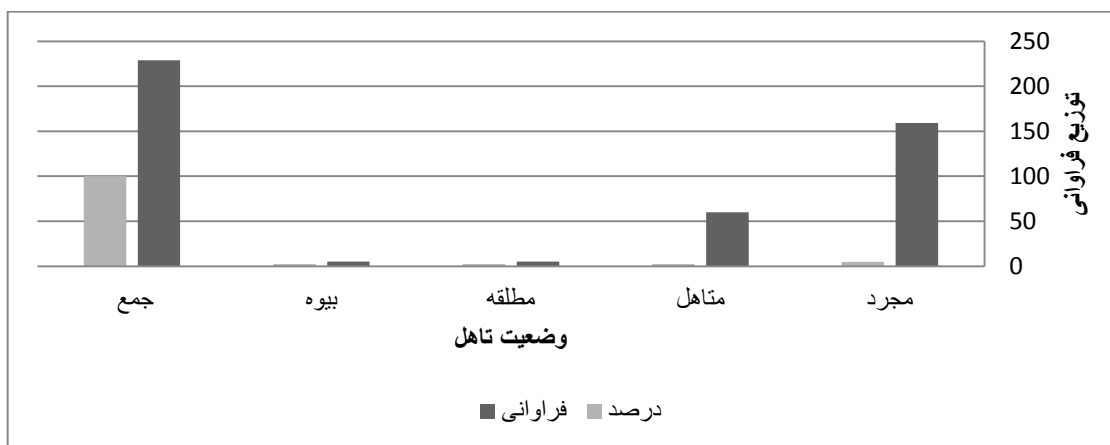
نمودار ۴-۶ توزیع فراوانی و درصد جنسیت بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران

جدول ۴-۶ نمایانگر این است که بیشترین تعداد در رتبه‌ی لیسانس، شامل ۱۱۵ نفر (۵۰/۲ درصد از تمام بیمه شدگان) و کمترین تعداد در رتبه‌ی دکتری تخصصی، شامل ۵ نفر (۲/۱ درصد بیمه شدگان) بودند.

جدول ۴-۶ توزیع فراوانی و درصد سطح تحصیلات بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد
بی سواد	۷	۳
زیر دیپلم	۱۱	۴/۸
دیپلم	۵۰	۲۱/۸
فوق دیپلم	۱۱	۴/۸
لیسانس	۱۱۵	۵۰/۲
فوق لیسانس	۳۰	۱۳/۱
دکتری تخصصی	۵	۲/۱
جمع	۲۲۹	۱۰۰

نمودار ۴-۷ نشان می‌دهد از بین بیمه شدگان شرکت کننده در پژوهش بیشترین تعداد (۶۹/۴ درصد مجرد و ۲۶/۲ درصد متأهل) و کمترین تعداد مطلقه و بیوه (۲/۲ درصد) بودند.



نمودار ۴-۷ توزیع فراوانی و درصد وضعیت تاهل بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران

جدول ۷-۴ نشان می دهد از بین بیمه شدگان شرکت کننده در پژوهش ۷۵/۱ درصد هیچ فرد تحت تکفلی نداشتند و ۲/۶ درصد ۲ نفر را تحت تکفل داشتند.

جدول ۷-۴ توزیع فراوانی و درصد افراد تحت تکفل بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران

درصد	فراوانی	تعداد افراد تحت تکفل
۷۵/۱	۱۷۲	۰ نفر
۶/۶	۱۵	۱ نفر
۲/۶	۶	۲ نفر
۴/۸	۱۱	۳ نفر
۱۰/۹	۲۵	۴ نفر
۱۰۰	۲۲۹	جمع کل

جدول ۸-۴ نمایانگر آن است که از بین بیمه شدگان شرکت کننده در پژوهش بیشترین تعداد (۶۲ درصد) دانشجو و کمترین تعداد (۱۳/۹ درصد) خانه دار بودند.

جدول ۸-۴ توزیع فراوانی و درصد شغل بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران

درصد	فراوانی	شغل
۱۷/۴	۴۰	بیکار
۱۳/۹	۳۲	خانه دار
۲۷	۶۲	دانشجو
۲۶/۲	۶۰	کارمند
۱۵/۲	۳۵	سایر
۱۰۰	۲۲۹	جمع

جدول ۹-۴ نشان می دهد از لحاظ درآمد، بیشترین تعداد (۳۳/۶ درصد) از بیمه شدگان دارای حقوق کمتر از ۵۰۰/۰۰۰ تومان بودند و کمترین درآمد مربوط به درآمد بین ۱/۵۰۰/۰۰۰ و ۲/۰۰۰/۰۰۰ تومان (۱۱/۳ درصد) بود.

جدول ۹-۴ توزیع فراوانی و درصد درآمد بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران

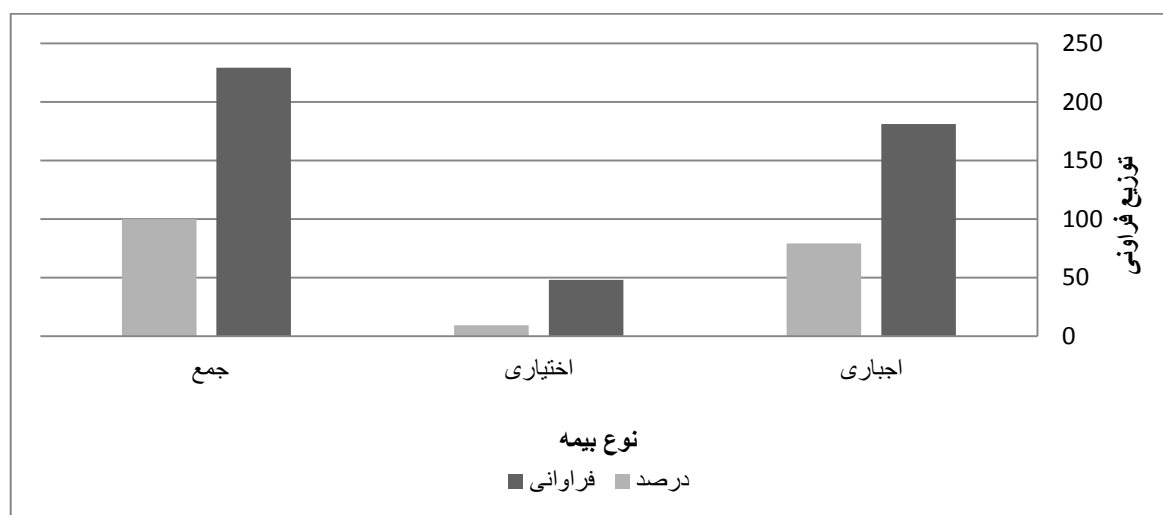
درآمد	فراوانی	درصد
<۵۰۰/۰۰۰	۷۷	۳۳/۶
۵۰۰/۰۰۰ - ۱/۰۰۰/۰۰۰	۲۸	۱۲/۲
۱/۰۰۰/۰۰۰ - ۱/۵۰۰/۰۰۰	۷۰	۳۰/۵
۱/۵۰۰/۰۰۰ - ۲/۰۰۰/۰۰۰	۲۶	۱۱/۳
>۲/۰۰۰/۰۰۰	۲۸	۱۲/۲
جمع	۲۲۹	۱۰۰

جدول ۱۰-۴ نشان می دهد که از بین بیمه شدگان شرکت کننده در پژوهش بیشترین تعداد (۶۷/۷ درصد) مربوط به صندوق کارمندی و کمترین تعداد مربوط به صندوق روستایی (۴/۸ درصد) بود.

جدول ۱۰-۴ توزیع فراوانی و درصد نوع صندوق بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران

نوع صندوق	فراوانی	درصد
کارمندی	۱۵۵	۶۷/۷
سایر	۲۶	۱۱/۳
روستایی	۱۱	۴/۸
ایرانیان	۳۶	۱۵/۷
جمع	۲۲۹	۱۰۰

با توجه به نمودار ۴-۸ از بین بیمه شدگان شرکت کننده در پژوهش بیشترین تعداد (۷۹ درصد) دارای بیمه اجباری و کمترین تعداد (۲۰/۹) دارای بیمه اختیاری بودند.



نمودار ۴-۸ توزیع فراوانی نوع بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت استان تهران

۳-۴ یافته‌های حاصل از اطلاعات اصلی

۴-۳-۱ توصیف وضعیت میزان رضایت بیمه‌شدگان در حیطه‌های عملکردی بیمه تامین اجتماعی

و بررسی روابط آنها

جدول ۴-۱۱، نتایج نشان می‌دهند که میانگین نمره رضایت بیمه‌شدگان در تمامی صندوق‌ها تقریباً در حد متوسط و پایین‌تر از آن می‌باشد که این میزان فقط در حیطه انباشت خطر در صندوق توافقی، تقریباً بالاتر از خوب بوده و در کل نیز این حیطه بالاتر از متوسط می‌باشد؛ اطلاعات بیشتر در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴-۱۱ میانگین و انحراف معیار میزان رضایت در حیطه‌های عملکردی صندوق‌های مختلف بیمه تامین اجتماعی

صندوق	اجباری	خاص	بیکاری	توافقی	مجموع صندوق‌ها
حیطه‌های عملکردی					
حق بیمه	۲/۹۵ ± ۰/۸۳	۳/۲۳ ± ۰/۷۴	۲/۴۳ ± ۰/۷۴	۱/۹۲ ± ۰/۹۳	۲/۸۹ ± ۰/۸۶
انباشت منابع	۲/۷۶ ± ۰/۷۷	۲/۶۵ ± ۰/۶۲	۲/۸۴ ± ۰/۵۷	۲/۹۴ ± ۰/۴۳	۲/۷۶ ± ۰/۷۵
انباشت خطر	۳/۳۳ ± ۰/۹۳	۲/۴۸ ± ۰/۸۷	۳/۰۰ ± ۰/۹۵	۴/۰۷ ± ۰/۷۳	۳/۲۶ ± ۰/۹۶
بسته خدمت	۲/۷۱ ± ۰/۶۳	۲/۷۷ ± ۰/۵۵	۲/۷۴ ± ۰/۵۶	۲/۱۶ ± ۰/۷۶	۲/۷۱ ± ۰/۶۵
دسترسی به خدمت	۲/۷۴ ± ۰/۷۸	۳/۰۴ ± ۰/۶۱	۱/۵۷ ± ۰/۷۸	۲/۶۰ ± ۰/۸۳	۲/۷۹ ± ۰/۷۸
تعامل با بیمه‌شدگان	۲/۷۹ ± ۰/۸۴	۲/۶۵ ± ۰/۰۹	۲/۲۳ ± ۰/۴۸	۲/۶۶ ± ۰/۳۷	۲/۷۶ ± ۰/۸۵
عملکرد کل	۲/۸۷ ± ۰/۶۲	۲/۸۱ ± ۰/۴۶	۲/۲۹ ± ۰/۵۳	۲/۷۹ ± ۰/۳۱	۲/۸۴ ± ۰/۶۱

در جدول ۴-۱۲، رابطه بین حیطه‌های عملکرد بیمه‌ای سازمان بیمه تامین اجتماعی با رضایت کل بیمه شدگان آن سازمان بررسی شده است که در آن همبستگی نسبتاً قوی بین حیطه‌های مختلف باهم و با میزان رضایت کل بیمه‌شدگان دارد و همه آنها غیر از رابطه بین حق بیمه و انباشت خطر، از لحاظ آماری در سطح یک درصد ($p=0.01$) معنی‌دار می‌باشند.

جدول ۴-۱۲ رابطه بین حیطه‌های عملکرد بیمه‌ای سازمان تامین اجتماعی با همدیگر و رضایت کل بیمه‌شدگان

عملکرد کل	تعامل با بیمه‌شدگان	دسترسی به خدمت	بسته خدمت	انباشت خطر	انباشت منابع	حق بیمه	
R=0.543	R=0.450	R=0.204	R=0.256	R=0.118	R=0.362	R= 1	حق بیمه
* $p=0.001$	* $p=0.001$	* $p=0.001$	* $P=0.001$	P=0.54	* $P=0.001$...	
R=0.797	R=0.567	R=0.610	R=0.695	R=0.345	R= 1	R=0.362	انباشت منابع
* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	...	* $P=0.001$	
R=0.560	R=0.287	R=0.308	R=0.344	R= 1	R=0.345	R=0.118	انباشت خطر
* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	...	* $P=0.001$	P=0.54	
R=0.810	R=0.580	R=0.746	R= 1	R=0.344	R=0.695	R=0.256	بسته خدمت
* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	...	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	
R=0.771	R=0.534	R= 1	R=0.746	R=0.308	R=0.610	R=0.204	دسترسی به خدمت
* $P=0.001$	* $P=0.001$	...	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	
R=0.788	R= 1	R=0.534	R=0.580	R=0.287	R=0.567	R=0.450	تعامل با بیمه‌شدگان
* $P=0.001$	...	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	
R= 1	R=0.788	R=0.771	R=0.810	R=0.560	R=0.797	R=0.543	عملکرد کل
...	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	* $P=0.001$	

در جدول ۴-۱۳ رابطه بین سن و حیطه‌های عملکردی بیمه تامین اجتماعی با استفاده از آزمون آنوا (آنالیز واریانس) بررسی شده است که در آن یافته‌ها نشان می‌دهند که غیر از بسته خدمت و تعامل با بیمه‌شدگان، تمامی حیطه‌ها با سن رابطه معنی‌دار آماری در سطح یک درصد را دارند. همچنین در جدول زیر رابطه بین سایر متغیرهای دموگرافیک با حیطه‌های عملکردی بیمه تامین اجتماعی آورده شده است که اطلاعات بیشتر در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴-۱۳ رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با حیطه‌های عملکردی بیمه تامین اجتماعی

حیطه‌های عملکردی متغیرها	حق بیمه	انباشت منابع	انباشت خطر	بسته خدمت	دسترسی به خدمت	تعامل با بیمه‌شدگان	عملکرد کل
سن	P value	* / ۰/۰۰۱	* / ۰/۰۰۸	* / ۰/۰۰۱	۰/۰۷۵	* / ۰/۰۰۹	* / ۰/۰۰۱
آماره آزمون	۷/۰۴	۳/۵	۱۱/۷۲	۲/۱۴	۳/۴۶	۲/۶۷	۵/۳۹۱
تحصیلات	P value	* / ۰/۳۳۴	* / ۰/۰۰۱	* / ۰/۰۰۱	* / ۰/۰۰۱	* / ۰/۰۰۱	* / ۰/۰۰۱
آماره آزمون	۱/۱۵	۶/۰۳۲	۹/۶۸	۵/۰۶۱	۱۰/۱۷	۷/۱۱	۹/۳۲۸
تاهل	P value	* / ۰/۰۰۱	۰/۵۲۴	* / ۰/۰۰۱	۰/۱۵۵	* / ۰/۰۰۱	۰/۰۲۴
آماره آزمون	۷/۳۱	۰/۷۴۷	۷/۲۱۱	۱/۷۵۹	۵/۴۳۳	۱/۵۳	۳/۱۹۲
تکفل	P value	* / ۰/۰۰۲	۰/۳۵۶	* / ۰/۰۰۱	۰/۵۰۲	۰/۷۰۸	۰/۰۰۹
آماره آزمون	۳/۸۵۴	۱/۱۰۸	۶/۹۰۱	۰/۸۶۹	۱/۰۱۲	۰/۵۸۹	۱/۹۲۲
شغل	P value	۰/۳۲۵	۰/۶۷۰	* / ۰/۰۰۱	* / ۰/۰۰۵	* / ۰/۰۰۱	* / ۰/۰۰۸
آماره آزمون	۱/۱۶۲	۰/۷۰۲	۵/۰۶۳	۲/۹۳۸	۶/۵۲۸	۵/۶	۲/۷۷۶
درآمد	P value	* / ۰/۰۰۱	۰/۰۳۸	* / ۰/۰۰۱	۰/۰۲۹	* / ۰/۰۰۱	* / ۰/۰۰۱
آماره آزمون	۶/۹۱۱	۲/۵۷۳	۷/۱۰۷	۲/۷۵	۷/۴۶۶	۶/۲۵۹	۶/۴۷۷

رابطه حیطه‌های عملکردی با جنسیت با استفاده از آزمون تی تست بررسی شد که در آن فقط بین بسته خدمت و جنسیت رابطه معنی‌دار آماری ($p < 0.05$) وجود دارد که میانگین رضایت در مردان در این حیطه بیشتر از زنان بود.

بین نوع بیمه (اجباری، اختیاری) و حیطه انباشت منابع رابطه معنی‌دار آماری ($p < 0.05$) وجود دارد که در این رابطه نمره میانگین افرادی که بصورت اختیاری در بیمه تامین اجتماعی عضویت پیدا کرده‌اند بیشتر از افرادی هست که نوع عضویت آنها اجباری می‌باشد.

بین نوع عضویت افراد و رضایت کل بیمه شدگان بیمه تامین اجتماعی رابطه معنی‌دار آماری ($p < 0.05$) وجود دارد بطوری‌که میزان رضایت کل در افرادی که عضویت‌شان بصورت اختیاری می‌باشد بیشتر از افرادی هست که بصورت اجباری تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی هستند.

۴-۳-۲ توصیف وضعیت میزان رضایت بیمه‌شدگان در حیطه‌های عملکردی بیمه سلامت و

بررسی روابط آنها

جدول ۴-۱۴، نتایج نشان می‌دهند که میانگین نمره رضایت بیمه‌شدگان در تمامی صندوق‌ها تقریباً در حد متوسط پایین‌تر از آن می‌باشد که میزان رضایت بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت، فقط در حیطه حق بیمه در مجموع صندوق‌ها در حد متوسط و بالاتر از آن می‌باشد؛ اما در مجموع از بین میزان رضایت کل بیمه‌شدگان بین صندوق‌های بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت، این میزان در صندوق بیمه‌ای روستایی بیشتر از سایر صندوق‌ها می‌باشد، اطلاعات بیشتر در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴-۱۴ میانگین و انحراف معیار میزان رضایت در حیطه‌های عملکردی صندوق‌های مختلف بیمه سلامت

صندوق	حیطه‌های عملکردی	کارمندی	سایر اقشار	روستایی	ایرانیان	مجموع صندوق‌ها
حق بیمه	۳/۰۳ ± ۰/۶۵	۳/۶۲ ± ۰/۸۴	۲/۷۵ ± ۰/۲۶	۲/۵۸ ± ۰/۴۵	۳/۰۱ ± ۰/۶۶	
انباشت منابع	۲/۶۳ ± ۰/۶۹	۲/۱۶ ± ۰/۶۷	۲/۳۳ ± ۰/۱۷	۲/۲۷ ± ۰/۲۸	۲/۵۳ ± ۰/۶۴	
انباشت خطر	۲/۸۵ ± ۰/۹۳	۳/۰۰ ± ۰/۷۲	۳/۰۰ ± ۰/۱۵	۲/۵ ± ۰/۵۰	۲/۸۰ ± ۰/۸۴	
بسته خدمت	۲/۷۱ ± ۰/۶۳	۲/۳۸ ± ۰/۵۶	۳/۳۶ ± ۰/۵۶	۲/۳۴ ± ۰/۴۴	۲/۶۰ ± ۰/۵۵	
دسترسی به خدمت	۲/۶۲ ± ۰/۵۵	۲/۶۷ ± ۰/۲۷	۲/۷۵ ± ۰/۲۶	۲/۵۹ ± ۰/۳۸	۲/۸۹ ± ۰/۵۷	
تعامل با بیمه‌شدگان	۲/۹۹ ± ۰/۶۲	۲/۵ ± ۰/۶۳	۳/۶۲ ± ۰/۱۳	۲/۲۱ ± ۰/۶۰	۲/۷۴ ± ۰/۶۴	
عملکرد کل	۲/۸۱ ± ۰/۵۲	۲/۷۲ ± ۰/۳۱	۲/۹۷ ± ۰/۰۵	۲/۴۱ ± ۰/۳۲	۲/۷۶ ± ۰/۴۸	

در جدول ۴-۱۵، رابطه بین حیطه‌های عملکرد بیمه‌ای سازمان سلامت با رضایت کل بیمه‌شدگان آن سازمان بررسی شده است که در آن همبستگی نسبتاً قوی و مثبت بین حیطه‌های مختلف باهم و با میزان رضایت کل بیمه‌شدگان دارد و همه آنها از لحاظ آماری در سطح یک درصد ($p=0.01$) معنی‌دار می‌باشند. که در آن بیشترین همبستگی بین رضایت کل بیمه‌شدگان و انباشت منابع و همچنین بسته خدمت با ضریب همبستگی ($R=0.822$) وجود دارد و کمترین آن بین رضایت کل و حق بیمه با ضریب همبستگی ($R=0.655$) وجود دارد. بین ابعاد هم کمترین مقدار بین حق بیمه

و تعامل با بیمه شدگان با ضریب همبستگی ($R=0.291$) و بیشترین آنها بین انباشت منابع و بسته خدمت با ضریب همبستگی ($R=0.696$) می‌باشد؛ اطلاعات بیشتر در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴-۱۵ رابطه بین حیطه‌های عملکرد بیمه‌ای سازمان با همدیگر و رضایت کل بیمه‌شدگان

عملکرد کل	تعامل با بیمه‌شدگان	دسترسی به خدمت	بسته خدمت	انباشت خطر	انباشت منابع	حق بیمه	
$R=0.655$	$R=0.285$	$R=0.450$	$R=0.423$	$R=0.291$	$R=0.467$	$R=1$	حق بیمه
$* p=0.001$	$* p=0.001$	$* p=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$...	
$R=0.822$	$R=0.463$	$R=0.590$	$R=0.696$	$R=0.476$	$R=1$	$R=0.467$	انباشت منابع
$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	...	$* P=0.001$	
$R=0.694$	$R=0.394$	$R=0.336$	$R=0.409$	$R=1$	$R=0.476$	$R=0.291$	انباشت خطر
$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	...	$* P=0.001$	$* P=0.001$	
$R=0.822$	$R=0.619$	$R=0.610$	$R=1$	$R=0.409$	$R=0.696$	$R=0.423$	بسته خدمت
$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	...	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	
$R=0.753$	$R=0.478$	$R=1$	$R=0.610$	$R=0.336$	$R=0.590$	$R=0.450$	دسترسی به خدمت
$* P=0.001$	$* P=0.001$	...	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	
$R=0.716$	$R=1$	$R=0.478$	$R=0.619$	$R=0.394$	$R=0.463$	$R=0.285$	تعامل با بیمه‌شدگان
$* P=0.001$	...	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	
$R=1$	$R=0.716$	$R=0.753$	$R=0.822$	$R=0.694$	$R=0.822$	$R=0.655$	عملکرد کل
...	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	$* P=0.001$	

در جدول ۴-۱۶ رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با حیطه‌های عملکردی و رضایت کل بیمه‌شدگان بیمه سلامت با استفاده از آزمون آنوا (آنالیز واریانس) بررسی شده است. بین سن و حیطه‌های عملکردی بیمه سلامت، فقط با حق بیمه

رابطه معنی‌دار آماری ($p < 0.05$) وجود دارد. همچنین رابطه سایر اطلاعات دموگرافیک با حیطه‌های عملکردی بیمه سلامت در جدول زیر آورده شده است. در این مرحله که بین نوع عضویت و بسته خدمات رابطه معنی‌داری ($p < 0.05$) وجود داشت نشان داد که میزان رضایت در افرادی که بصورت اجباری عضویت این بیمه را دارند بیشتر از افرادی است که بصورت اختیاری عضو این سازمان بیمه‌گر شده‌اند

جدول ۴-۱۶ رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با حیطه‌های عملکردی بیمه سلامت

حیطه‌های عملکردی متغیرها	سن	حق بیمه	انباشت منابع	انباشت خطر	بسته خدمت	دست‌رسی به خدمت	تعامل با بیمه‌شدگان	عملکرد کل
		P value	آماره آزمون	سن	سن	سن	سن	سن
		* ۰/۰۴۵	۲/۳۱۵	۰/۲۸۱	۰/۷۳۴	۰/۴۹۸	۰/۱۶۷	۰/۸۳۴
				۱/۲۷۵	۰/۵۰۲	۰/۸۴۵	۱/۶۳	۰/۳۶۴
		* ۰/۰۰۱	۳۲/۵۰	* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱
				۸/۳۸۲	۹/۹۱۲	۱۴/۰۸۵	۱۶/۳۵۷	۱۸/۸۴۵
		* ۰/۰۰۱	۱۹/۴۲	۰/۰۵۴	۰/۰۹۶	۰/۰۶۶	۰/۹۷۳	۰/۳۸۸
				۲/۷۴	۲/۱۴۶	۲/۴۳۱	۰/۰۷۶	۷/۱۵۴
		* ۰/۰۰۱	۳/۳۳	* ۰/۰۰۱	۰/۷۷۹	* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱
				۱۲/۳	۰/۴۴۱	۶/۴۸۱	۴/۷۷۲	۸/۰۸۲
		* ۰/۰۰۱	۲۸/۸۳	* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱	* ۰/۰۰۱
				۸/۸۴	۱۱/۸۷۲	۱۷/۳۱	۲۳/۶۷۶	۸/۶۲
		* ۰/۰۰۱	۹/۰۲	۰/۱۶۸	* ۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۲۳۷	۰/۰۵۴
				۱/۶۳۶	۵/۲۸۴	۱/۴۱۹	۱/۳۹۹	۱۳/۵

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول شماره ۴-۱۶، بین جنسیت و حق بیمه، انباشت خطر، بسته خدمات و رضایت کل بیمه‌شدگان رابطه آماری معنی‌داری ($p < 0.05$) وجود دارد که مقدار میانگین رضایت در تمامی حیطه‌های معنی‌دار در زنان بیشتر از مردان می‌باشد، اطلاعات بیشتر در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴-۱۷ رابطه‌ی بین جنسیت و حیطه‌های عملکردی سازمان بیمه سلامت

حیطه‌های عملکردی متغیر	حیطه‌های عملکردی							
	حق بیمه	نباشت منابع	نباشت خطر	بسته خدمت	دسترسى به خدمت	تعامل با بیمه‌شدگان	عملکرد کل	
جنسیت	۰/۰۴ *	۰/۷۰۱	۰/۰۰۱ *	۰/۰۴۴ *	۰/۹۴۱	۰/۰۷۱	۰/۰۰۳ *	P value
	۲/۹۶	۲/۴۳	۲/۶۶	۲/۵۵	۲/۸۶	۲/۷۴	۲/۸۴	مرد
	۳/۰۶۲	۲/۶۵	۲/۹۵	۲/۶۶	۲/۹۴	۲/۷۳	۲/۷۰	زن

برای سنجش رابطه بین حیطه‌های عملکردی هرکدام از بیمه‌ها با یکدیگر و همچنین میزان رضایت کل در بیمه‌های سلامت و تامین اجتماعی از آزمون اختلاف میانگین‌ها استفاده شد که این شکاف براساس آزمون تی زوجی (Pair t-test) برای بعضی از حیطه‌های عملکردی در سطح ($p < 0.01$) معنی‌دار می‌باشد که اطلاعات بیشتر در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴-۱۸ میانگین و اختلاف میزان رضایت از حیطه‌های عملکردی و رضایت کل بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه

سلامت

حیطه‌های عملکردی	تامین اجتماعی	سلامت	میزان اختلاف	P value
حق بیمه	۲/۷۶	۳/۰۰	-۰/۲۴	* ۰/۰۰۱
انباشت منابع	۳/۲۶	۲/۵۲	۰/۷۴	* ۰/۰۰۱
انباشت خطر	۲/۷۰	۲/۸۰	-۰/۱	۰/۱۷۲
بسته خدمت	۲/۷۷	۲/۶۰	۰/۱۷	* ۰/۰۰۹
دسترسی به خدمت	۲/۹۰	۲/۹۰	۰	۰/۹۳۲
تعامل با بیمه‌شدگان	۲/۷۶	۲/۷۵	۰/۰۱	۰/۹۷۹
عملکرد کل	۲/۸۴	۲/۷۶	۰/۰۸	۰/۱۲۳

۴-۴ یافته های حاصل از شناسایی حیطه های عملکردی

در این قسمت یافته های حاصل از چگونگی عملکرد سازمان بیمه سلامت و بیمه تامین اجتماعی مطرح می شود. داده های این قسمت از طریق اسناد بالادستی و هم چنین مصاحبه با مدیران ارشد سازمان بیمه سلامت و تامین اجتماعی به دست آمده است.

در جدول ۴-۱۹ وضعیت عملکرد سازمان بیمه سلامت در خصوص حیطه حق بیمه را مشاهده می کنیم. به علت تفاوت عملکرد در صندوق های مختلف این حیطه، به صورت مجزا در هر صندوق مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴-۱۹ وضعیت حق بیمه در سازمان بیمه سلامت

نام صندوق				موضوع
ایرانیان	سایر اقشار	روستایی	کارکنان دولت	مبنای تعیین حق بیمه
حق سرانه مصوب	حقوق و دستمزد	۶٪ حقوق و مزایای مستمر	۶٪ حقوق و مزایای مستمر تا سقف ۲ برابر حداقل حقوق	
۵۰٪ حق سرانه مصوب	مشارکت ۰ تا ۵۰٪، بسته به گروه های عضو صندوق	۱۰۰٪ توسط دولت	۲٪ توسط بیمه شده و مابقی توسط دولت	مبلغ پرداخت شده
توسط بیمه شده و مابقی ۵۰٪ توسط دولت	وجود دارد			
۱۰۰٪ حق بیمه مصوب بیماران خاص توسط دولت میزان مشارکت افراد نیازمند حداقل ۱۵٪ حق سرانه است. ۵۰٪ سهم دانشجویان نیازمند از طرف صندوق رفاه پرداخت می شود.				تسهیلات خاص
امکان جابجایی بین صندوق ها وجود ندارد.				جابجایی بین صندوق

در جدول ۴-۲۰ وضعیت عملکرد سازمان تامین اجتماعی در خصوص حیطه حق بیمه را مشاهده می کنیم. به علت تفاوت عملکرد در صندوق های مختلف این حیطه، به صورت مجزا در هر صندوق مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴-۲۰ وضعیت حق بیمه در سازمان تامین اجتماعی

نام صندوق				موضوع
اجباری	توافقی	خاص	بیکاری	
مبنای تعیین حق	بر مبنای قرارداد	حقوق و حق سرانه مصوب	حقوق و دستمزد	بیمه
مبلغ پرداخت شده	بر مبنای قرارداد	مبنی بر نوع بیمه (اعم از صاحبان حرف و مشاغل آزاد، بافندگان و.. متفاوت می شود.	۳۰٪ که ۷ درصد به عهده بیمه شده، ۲۰ درصد به عهده کارفرما و ۳ درصد دولت	۳٪ حقوق که کلا توسط کارفرما پرداخت می شود. در مورد مشاغل سخت و زیان آور ۴٪
جابجایی صندوق	امکان جابجایی بین صندوق ها وجود ندارد.			
جمع آوری حق بیمه	اداره کل درآمد حق بیمه زیر نظر معاونت فنی و درآمد به نحوی که متضمن کسب بهنگام درآمدهای موضوع قانون تامین اجتماعی باشد عمل می کند.			

در جدول ۴-۲۱ وضعیت حیطه انباشت منابع را در دو سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت مشاهده می کنیم.

جدول ۴-۲۱ وضعیت حیطه انباشت منابع در سازمان بیمه سلامت و تامین اجتماع

موضوع	تامین اجتماعی	بیمه سلامت
فرانشیز	برای بیمه شدگان اجباری در مراکز ملکی رایگان و در مراکز طرف قرارداد ۱۰٪ برای بستری و ۳۰٪ سرپایی سایر بیمه شدگان در مراکز ملکی هم ۱۰٪ برای بستری و ۳۰٪ برای سرپایی می پردازند.	برای خدمات بستری ۱۰٪ و برای خدمات سرپایی ۳۰٪ می باشد.
نحوه تامین مالی	عمده ترین روش حق بیمه ها- سرمایه گذاریها ۸٪	حق بیمه ها- کمک های مالی دولت و هدایا
مکانیسم بازپرداخت	مکانیسم پرداخت به ارائه دهندگان کارانه می باشد. طبق قانون، سازمان موظف است که هم زمان با ارائه سند از طرف ارائه دهنده خدمت غیر مستقیم ۸۰٪ تعهدات را پرداخت نماید و ۲۰٪ باقی مانده نیز ظرف مدت ۱ ماه پرداخت کند. ولی آنچه در عمل اتفاق می افتد از ۱ ماه تا ۱ سال متفاوت است.	کارانه - هم زمان با ارائه سند ۶۰٪ پرداخت می شود و بعد از فرایند رسیدگی به اسناد مابقی پرداخت می گردد که اینروسه معمولاً ۳ ماهه انجام می شود.
تناسب مصارف و منابع	تقریباً متناسب است ولی در آینده با بحران روبروست. هزینه ها :حدود ۶۰.۰۰۰.۰۰۰ میلیون ریال-حق بیمه های وصولی حدود ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	مصارف در این سازمان از منابع بیشتر است.
یارانه	تعلق نمی گیرد	یارانه تعلق می گیرد.
امکان سرمایه گذاری	امکان سرمایه گذاری در درآمدهای سازمان وجود دارد ولی هر صندوق در این رابطه اختیاری ندارد.	

در جدول ۴-۲۲ وضعیت حیطه عملکردی دسترسی به خدمت در هر دو سازمان را ملاحظه می کنیم.

جدول ۴-۲۲ وضعیت دسترسی به ارائه دهندگان خدمت در سازمان بیمه سلامت و تامین اجتماعی

موضوع	تامین اجتماعی	بیمه سلامت
تعداد مراکز ملکی	۹ بیمارستان- ۲۵ درمانگاه - ۲ دی کلینیک	مرکز ملکی ندارد
تعداد مراکز طرف قرارداد	۷۵ بیمارستان- ۲۰۸ درمانگاه و پلی کلینیک- ۸ دی کلینیک- ۱۸۴ مراکز بهداشتی درمانی که خصوصی، دولتی، خیریه، نظامی و..	۱۲۰ بیمارستان- ۳۱۵ درمانگاه طرف قرارداد با این سازمان وجود دارد
پزشکان و دندانپزشکان مستقل	۴۰۴۶ تعداد طرف قراردادند	۱۲۸۷۰ تعداد از پزشکان مستقل طرف قراردادند
غیر طرف قرارداد	هزینه های درمانی توسط بیمه شده در مراکز (غالباً خصوصی) پرداخت می شود و سپس حسب تعرفه های مصوب از دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی بخشی از هزینه های پرداختی را دریافت می نماید	چنانچه بیمه شده ای به موسسات و بیمارستانهای خصوصی مراجعه نماید پرداخت مابه التفاوت تعرفه بخش خصوصی با دولتی بر عهده بیمه شده می باشد
ترکیب ارائه دهندگان	مراکز ملکی، ارائه دهندگان خصوصی و دولتی طرف قرارداد	ارائه دهندگان دولتی و خصوصی
تنظیم قرارداد	قراردادها به صورت از پیش تنظیم شده و اغلب به صورت یک طرفه است. همچنین سازمان تامین اجتماعی با ارائه دهندگان دیگر خدمات از جمله بیمارستانهای دانشگاهی نیز قراردادهای از پیش تعیین شده و یک طرفه ای تنظیم می کند. در صورت مراجعه بیمه شده به بیمارستانهای خصوصی طرف قرارداد بر اساس تعرفه دولتی هزینه های فرد پرداخت می شود. با مراجعه فرد به بیمارستان های خصوصی غیر طرف قرارداد هزینه فرد بر خصوصی غیر طرف قرارداد سازمان هزینه ای را تقبل نخواهد کرد.	سازمان بیمه سلامت با ارائه دهندگان خدمات از جمله بیمارستانهای دانشگاهی قراردادهای از پیش تعیین شده و یک طرفه ای تنظیم می کند. در صورت مراجعه بیمه شده به بیمارستانهای خصوصی طرف قرارداد بر اساس تعرفه دولتی هزینه های فرد پرداخت می شود. با مراجعه فرد به بیمارستان های خصوصی غیر طرف قرارداد هزینه فرد بر مبنای تعرفه دولتی از واحد خسارت پرداخت می شود.

جدول ۴-۲۳ وضعیت حیطه انباشت منابع در دو سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت

موضوع	تامین اجتماعی	بیمه سلامت
نحوه عضویت	در صندوق اجباری، اجباری و در سایر صندوق ها اختیاری ست	عضویت در صندوق ایرانیان به صورت اختیاری و در سایر صندوق ها به صورت اجباری ست.
نحوه توزیع حق بیمه ها	حق بیمه ها بعد از جمع آوری توسط صندوق ها یک کاسه می شود	حق بیمه ها بعد از جمع آوری توسط صندوق ها یک کاسه می شود
انجام معاینات سلامتی برای پذیرش	انجام معاینات قبل از پذیرش متوقف شده بود ولی مجدداً انجام می شود	معاینات قبل از پذیرش انجام نمی شود.

جدول ۴-۲۴ وضعیت حیطه تعامل با بیمه شدگان در سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت

موضوع	تامین اجتماعی	بیمه سلامت
تعداد شعب بیمه ای	دارای ۱۲ شعبه در شهرستانهای تهران، ۱۵ شعبه غرب تهران و ۱۸ شعبه شرق	۲۵ شعبه در سطح استان تهران وجود دارد.
نحوه رسیدگی به شکایت	در کلیه مراکز ملکی سازمان واحدهای رسیدگی به شکایات مستقر هستند که به شکایات بیمار در این سطح رسیدگی می کنند مرکز ارتباط تلفنی ۱۴۲	بیمه شدگان در صورت داشتن ابهام یا مشکل و شکایت در خصوص نحوه دریافت خدمات بستری و یا سرپائی در بیمارستان نباید به صورت مستقیم به اداره کل بیمه مراجعه نمایند و حتماً باید از کارشناس بیمه نامه گرفته و با نامه ایشان به اداره بیمه مراجعه
امکان تماس با مدیران	وجود دارد	یه سختی وجود دارد
نحوه دریافت حق بیمه	طریق کلیه شعب امکانپذیر است، از طریق تلفن	

جدول ۵-۲۴ وضعیت بسته خدمت در دو سازمان بیمه سلامت و تامین اجتماعی

موضوع	تامین اجتماعی	بیمه سلامت
بیمه پایه	بر اساس بسته مصوب شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور (تقسیم بندی بر اساس ۸ گروه خدمتی تخصصی)	بر اساس بسته مصوب شورای عالی بیمه (تقسیم بندی بر اساس ۸ گروه خدمتی تخصصی)
مزایا به جز بسته پایه	برای اورتز پروتز، عینک و... هزینه هایی را تحت پوشش قرار می دهد. صندوق بیکاری نیز خود نوعی بسته حمایتی محسوب می شود.	به جز بسته پایه، بسته حمایتی خاصی را پوشش نمی دهد.
بسته تکمیلی خاص	بیمه های تکمیلی قراردادی ندارد	بیمه آتیه سازان حافظ تحت نظر این سازمان اداره می شود.

فصل پنجم

بحث، نتیجه گیری و ارائه

پیشنهادات

۵-۱ مقدمه

در این فصل در ابتدا به بررسی نتایج و تطبیق آن با مطالعات دیگر می پردازیم و سپس با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاداتی توسط پژوهشگر در جهت بهبود کیفیت خدمات ارائه شده توسط سازمان بیمه گر ارائه می شود تا از این طریق موجبات افزایش رضایتمندی بیمه شدگان فراهم شود.

۵-۲ بحث

میزان رضایت بیمه شدگان وابستگی نزدیکی به سطح انتظارات آنها دارد و اگر خدمات ارائه شده بیشتر از انتظار بیمار باشد، مسلماً سطح رضایت افزایش می یابد و در صورتی که انتظار خدمات بالاتر از سطح واقعی خدمات باشد، نارضایتی به وجود خواهد آمد (Hodge Jr & Valentine, 2003). جلب رضایت هرچه بیشتر بیماران ضمن ترغیب آنها به انجام صحیح و به موقع دستورالعمل های درمانی، موجب تسریع پیشرفت درمان و دستیابی به هدف اصلی آن یعنی بهبود بیماران می گردد. از طرف دیگر با کسب رضایت بیماران به وسیله ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده به آنان، ذهنیت مثبتی به سازمان به وجود می آید. بنابر این برای سنجش رضایت بخش بودن خدمات ارائه شده باید به سراغ گیرندگان این خدمات رفت (صیدی، کریمی و حیدری، ۱۳۸۴).

هدف اختصاصی نخست " شناسایی و مقایسه حیطه های عملکرد بیمه ای سازمانهای تامین اجتماعی و بیمه سلامت ایران از منظر رضایتمندی بیمه شدگان " بود. وضعیت حیطه های عملکردی هر دو سازمان در جداول ۴-۱۹، ۴-۲۰، ۴-۲۱، ۴-۲۲، ۴-۲۳، ۴-۲۴ و ۴-۲۵ مشخص گردید. مطابق با جدول ۱۸-۴ از منظر بیمه شدگان نیز عملکرد هر دو سازمان با نمره حدود ۳، متوسط ارزیابی گردید.

مطابق جدول ۴-۱۴ و ۴-۱۱، بیشترین رضایتمندی بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران در حیطه حق بیمه مشاهده شد. این حیطه در سازمان بیمه تامین اجتماعی، جایگاه دوم از نظر جلب رضایت بیمه شدگان را به دست آورده بود.

همانطور که در جدول ۴-۱۹ بیان شد، سازمان بیمه سلامت برای نیازمندان تسهیلات خاصی قائل است و در خیلی از موارد مشارکت آنها را به میزان قابل توجهی پایین می آورد، برای مثال حق بیمه ی بیمه شدگان روستایی توسط دولت پرداخت می شود. در حالیکه ساز و کار تامین اجتماعی غالباً مبتنی بر دستمزد است و چنین ملاحظاتی کمتر مشاهده می شود. احتمال می رود همین امر باعث شده است که در حیطه حق بیمه رضایت بیمه شدگان بیمه سلامت بیشتر از بیمه شدگان تامین اجتماعی باشد. در مجموع رضایتمندی بیمه شدگان در هر دو سازمان در این حیطه متوسط به بالا بود. یافته ها حاکی از این است که نتایج این مطالعه با نتیجه مطالعه بهادری که با هدف اویت بندی شاخص های عملکردی سازمان بیمه ای در ایران انجام گرفت نیز مطابقت دارد. بهادری رضایت بیمه شدگان از حق بیمه پرداختی را با میانگین ۳/۳۱ جز مواردی بیان کرد که بیمه شدگان از آن رضایت دارند ولی با این حال نیازمند توجه است (بهادری، ۱۳۹۱).

از نظر حیطه انباشت منابع، سازمان تامین اجتماعی موفق تر عمل کرده و موفق به اخذ نمره رضایتمندی ۲/۷۶ در بین بیمه شدگان شده بود. در حالیکه سازمان بیمه سلامت حائز نمره ۲/۵۳ بود. تامین مالی کافی و هم چنین کارکرد مناسب مدیریت از ابزارهای بسیار مهم برای موفقیت هر برنامه هستند (Pannarunothai, Patmasiriwat, & Srithamrongsawat, 2004). از آنجاییکه در پرسشنامه رضایتمندی درباره فرانشیز پرداختی از بیمه شدگان سوالاتی پرسیده شده بود، احتمال می رود نمره رضایتمندی بالاتر این حیطه در سازمان تامین اجتماعی به علت رایگان بودن خدمات در مراکز ملکی ست. مطابق جدول ۴-۲۱، سازمان تامین اجتماعی تنها در قبال بیمه شدگان صندوق اجباری در مراکز ملکی فرانشیزی دریافت نمی کند و در صورت مراجعه بیمه شدگان سایر صندوق ها به مراکز ملکی سازمان ۳۰٪ بابت هزینه های سرپایی و ۱۰٪ بابت هزینه های بستری از آنها اخذ می شود. همانطور که مشخص است با این حال نمره رضایتمندی در این حیطه علی رغم بالاتر بودن نسبت به نمره رضایتمندی سازمان بیمه سلامت نمره قابل قبولی نیست. احتمال می رود این امر ناشی از این باشد که مدتهاست دریافت خدمت در مراکز ملکی تامین اجتماعی به صورت رایگان صورت می گیرد، محتمل است که بیمه شدگان دنبال امری به جز قیمت هستند. به عبارتی کیفیت خدمات است که منجر به رضایتمندی بیشتر بیمه شدگان می گردد. این نتیجه با نتیجه مطالعه اکبری

همخوانی دارد که بیان می کند بستری شدن در بیمارستان برای بیمه شدگان به صورت رایگان از این نظر حائز اهمیت است که پرداخت هزینه توسط بیمار می تواند باعث بالا رفتن سطح توقعات بیمار گردد (اکبری، ۱۳۸۶).

در رابطه با حیطه انباشت خطر، در بیمه تامین اجتماعی بیشترین میزان رضایت بیمه شدگان با میانگین ۳/۲۶ در این حیطه مشاهده گردیده بود. در سازمان بیمه تامین اجتماعی با توجه به اجباری بودن درصد زیادی از بیمه شدگان این سازمان، می توان نتیجه گرفت که بیمه شدگان از اینکه به صورت اجباری به عضویت صندوق درآمده اند احساس رضایت کرده اند. میانگین نمره رضایتمندی این حیطه در سازمان بیمه سلامت ۲/۸ بود. در توضیح این امر می توان بیان نمود که اختیاری بودن بیمه، علی رغم حق انتخابی که بیمه شده می دهد، باعث می شود توزیع یکسانی در بین صندوق ها صورت نگیرد. تبعات ناشی از این امر افزایش حق بیمه ها و به دنبال آن کاهش تعهدات است. احتمال می رود بیمه شدگان با درک این موضوع از اینکه به صورت اجباری به عضویت صندوقی درآمده اند احساس رضایت کرده اند.

در رابطه با حیطه بسته خدمت، نمره میانگین سازمان تامین اجتماعی بیشتر بود. با استفاده از یافته های پژوهش در جدول ۴-۲۵ می توان نتیجه گرفت که عملکرد سازمان بیمه سلامت و تامین اجتماعی در این حیطه بسیار با یکدیگر متفاوت است و تفاوت در رضایتمندی بیمه شدگان در این حیطه نیز معنادار است. همانطور که بیان کردیم سازمان تامین اجتماعی خدمات بیشتری از جمله هزینه عینک، اورتر و پروتز و... را مورد تعهد قرار می دهد. در حالیکه بیمه سلامت چنین نیست و تنها بسته خدمات بیمه پایه را تحت پوشش خود دارد. برای توضیح تفاوت در خدمات تعهد شده در سازمان ها می توان گفت همیشه با این سوال رو برو بوده اند که با توجه به محدودیت منابع، برای تعیین خدمات این بسته چه معیارهایی را مورد توجه قرار دهند. بدون تدوین معیارهای تاثیرگذار بر تدوین بسته بیمه درمان پایه و در نظر گرفتن نقش واقعی آنها، بدون شک بسته خدماتی تعیین می شود که از نظر سیاسی غیر قابل قبول است، از جهت مالی امکان پذیر نیست، از منظر فنی ناکارآمد است و یا مجموعه ای از این مشکلات را دارد (دهنویه، ۱۳۸۹).

در رابطه با حیطه دسترسی به خدمت، مطابق جدول ۴-۱۱ و ۴-۱۴ نمره میانگین رضایتمندی در هر دو سازمان نزدیک به هم بود. اختلاف اندک احتمالا به دلیل تعداد و پراکندگی بیشتر مراکز ارائه دهنده خدمات طرف قرارداد با بیمه

سلامت است که باعث شده است نمره میانگین این سازمان بالاتر از تامین اجتماعی به دست بیاید. در مطالعه ساعی نیز که با هدف "بررسی عوامل موثر بر رضایتمندی بیمه شدگان اصلی، از حمایت ها و خدمات بیمه ای و درمانی در خرم آباد" انجام گرفت سهولت دسترسی با رضایتمندی بیمه شدگان ارتباط معنادار داشت به نحوی که به میزان ۰/۰۵ موثر بود (ساعی و خسروی، ۱۳۸۹).

در حیطه تعامل با بیمه شدگان، سازمان تامین اجتماعی رضایتمندی بیشتر بیمه شدگان را جلب کرده بود. با توجه به جدول ۴-۲۴ می توان گفت در کل بیمه تامین اجتماعی سازمان یافته تر از بیمه سلامت به شکایات بیمه شدگان رسیدگی میکند و روند صدور و تمدید دفترچه در این سازمان سریع تر اتفاق می افتد. هم چنین موضوعی که باعث تفاوت در رضایتمندی این حیطه در دو سازمان شده بود پاسخگویی بیشتر مدیران سازمان تامین اجتماعی به مشکلات مردمی بود. مطالعه ساعی نیز این نتیجه را تایید می کند. ساعی نیز در مطالعه خود نتیجه گرفت برخورد کارکنان و نحوه اطلاع رسانی به بیمه شدگان در جلب رضایت آنان حدود ۲۱٪ موثر است (ساعی و خسروی، ۱۳۸۹).

در هدف اختصاصی دوم پژوهش که "تعیین میانگین نمره رضایت بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی بر حسب صندوق های تابعه" می باشد، بیشترین نمره میانگین رضایت مربوط به صندوق اجباری با میانگین ۲/۸۷ بود. در این صندوق بیمه شدگان از حیطه انباشت خطر رضایت بیشتری داشتند، می توان گفت آنچه در این صندوق موجب بالا رفتن نمره رضایت شده است حیطه انباشت خطر است. میانگین نمره رضایتمندی این حیطه در این صندوق ۳/۰۳ بود که نمره رضایت بالایی می باشد. از آنجاییکه همه شاخه های این صندوق اعم از دولتیها، غیر دولتی ها، پیمانیها و سایر، به صورت اجباری به عضویت این صندوق درآمده اند میتوان گفت که بیمه شدگان از اجباری بودن نحوه عضویت این صندوق رضایت داشتند.

صندوق بیکاری با میانگین نمره رضایت ۲/۷۹ صندوقی ست که نمره رضایت آن از سایر صندوق های تامین اجتماعی پایین تر بود. علت این امر احتمالا این است که افراد انتظار دارند در زمان بیکاری حمایت بیشتری را از طرف سازمان بیمه گر دریافت نمایند ولی عملا سازمان بیمه گر نمیتواند خارج از محدوده تعریف شده خدمتی ارائه نماید از این رو این موضوع باعث نارضایتی بیشتری می شود. در این صندوق نیز کمترین رضایت در حیطه دسترسی

به خدمت بود. در واقع ماهیت صندوق ها با یکدیگر متفاوت است. از همین رو افرادی که به عضویت صندوق ها درآمدند نیز انتظارات و توقعات متفاوتی از سازمان بیمه گر دارند. لذا این تفاوت اندیشه ها و توقعات است که منجر به ایجاد نارضایتی می گردد.

در هدف سوم پژوهش که " تعیین میانگین نمره رضایت بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران بر حسب صندوق های تابعه " بود صندوق روستایی با میانگین نمره ۲/۹۷ بیشترین رضایت را در بین صندوق ها دارا بود. در این صندوق حیطه تعامل با بیمه شدگان با میانگین ۳/۶۲ بین سایر حیطه ها بیشترین رضایتمندی را برخوردار بود. در این سازمان بیشترین نارضایتی در صندوق ایرانیان مشاهده شد که میانگین نمره رضایت ۲/۴۱ بود . احتمال می رود این امر ناشی از این باشد که همه افراد ایرانی فاقد پوشش بیمه به عضویت این صندوق در می آیند همین امر موجب نارضایتی بیشتر بیمه شدگان می شود. بر خلاف صندوق روستایی تعامل با بیمه شدگان در این صندوق حائز کمترین نمره رضایتمندی با میانگین ۲/۲۱ بود. احتمالا این امر به خاطر تفاوت در سطح انتظارات این دو قشر اتفاق افتاده است.

هدف چهارم این پژوهش " تعیین ارتباط حیطه های عملکرد بیمه ای سازمان بیمه تامین اجتماعی با رضایت کل بیمه شدگان آن سازمان " بود. آنچه که رضایت کل نامیده می شود میانگین نمره رضایتمندی در تمام حیطه های عملکردی می باشد. در این رابطه هر دو سازمان تقریبا در یک سطح انتظارات بیمه شدگان را برآورده کرده بودند که البته سازمان تامین اجتماعی با اندکی تفاوت بالاتر قرار گرفت. همانطور که در یافته ها بیان شد همه ی حیطه های عملکردی با رضایت کل بیمه شدگان ارتباط معنی دار داشتند ($P < 0/001$). هم چنین همه موارد همبستگی قوی با هم و با رضایت کل بیمه شدگان نشان دادند. ولی حیطه بسته خدمت همبستگی قوی تری نشان داد. هم چنین حیطه های تعامل با بیمه شدگان، دسترسی به خدمات و انباشت منابع به شدت با رضایت کل همبستگی نشان دادند. در رابطه با " تعیین ارتباط حیطه های عملکردی بیمه ای سازمان بیمه سلامت با رضایت کل بیمه شدگان آن سازمان " مطابق جدول ۴-۱۵ بیشترین همبستگی رضایت کل بیمه شدگان این سازمان با حیطه بسته خدمت و انباشت

منابع مشاهده شد ($R=0/8$). غفوری بیان میکند علت این امر این است که همواره مسائل مالی دغدغه اصلی مشتریان بوده و بیشترین عامل نارضایتی نیز همین جا شکل می گیرد (غفوری، ۱۳۸۲).

در رابطه با " تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با رضایت کل بیمه شدگان هریک از سازمان های بیمه گر مورد مطالعه " در بین متغیرهای دموگرافیکی که در این مطالعه بررسی شدند، همه متغیرها به جز وضعیت تاهل و تعداد افراد تحت تکفل ارتباط معنی داری با نمره رضایت کل در بین بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی نشان دادند ($P<0/001$). در سازمان بیمه سلامت نیز جنسیت، تحصیلات تعداد افراد تحت تکفل و شغل دارای ارتباط معنی دار بودند ($P<0/001$). نتایج مطالعه با مطالعه واگنر و پیر همخوانی دارد به طوریکه آنها به این نتیجه رسیدند که خصوصیات فردی افراد مانند سن، جنس، تحصیلات و غیره در میزان رضایت آنان از خدمات تاثیرگذار است (Wagner & Bear, 2009). هم چنین اکسیاو نیز نشان داد رضایت بیماران با عوامل: سن، ازدواج، تحصیلات بالاتر، درآمد بیشتر همبستگی دارد (Robertson & Valadez, 2006).

در پژوهش حاضر بین سن و نمره میانگین رضایت کل بیمه شدگان تامین اجتماعی ارتباط معناداری مشاهده شد ($P<0/001$) جعفری و همکاران نیز در مطالعه خود که با هدف "بررسی میزان رضایتمندی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مازندران از خدمات بیمه درمانی تکمیلی شان" انجام گرفت نتیجه مشابهی گرفتند به نحوی که اکثریت بیمه شدگان در سنین جوانی از خدمات بیمه درمانی تکمیلی خود راضی بوده اند به نحویکه افراد با سنین مختلف، نگرش ها و ویژگی های شخصیتی مختلفی دارند که در ابتدای زندگی به علت کم تجربه و در سنین بالای زندگی به علل مسائل و مشکلات جسمانی و روانی و همچنین انتظارات، خواسته ها و نیازهای متعدد به واقعیت نزدیک نیست، به تعبیر دیگر نقطه نظرات افراد جوان به واقعیت نزدیک تر است (جعفری، ۱۳۸۶). هم چنین بیاتی در مطالعه خود بدین نتیجه رسید که میانگین رضایت رده های مختلف سنی تا ۶۰ سالگی متوسط و از ۶۰ سالگی به بالا در سطح عالی بوده است. ازون نیز در پژوهش خود بیان داشته است که بیماران مسن تر سطح بالاتری از رضایتمندی را نسبت به بیماران جوان نشان می دهند (بیاتی، ۱۳۸۶).

در رابطه با جنسیت رابطه معنادار در هر دو سازمان مشاهده شد ($P < 0/001$). به نحوی که میزان رضایت در زنان بیشتر از مردان بود و این میزان رضایت در تمام حیطه ها نیز به همین شکل بود. سیف ربیعی و همکاران در مطالعه خود نیز به نتیجه مشابهی رسیدند. آنها در مطالعه خود علت این امر را اینگونه بیان کردند که معمولاً زنان در ابراز عقاید و نظرات خود آزادانه عمل می کنند و با توجه به مشکلات متعدد میزان نارضایتی در مردان بیشتر بود و حدود ۳۲ درصد در مقابل ۲۳ درصد بود (رجبی و مهانی، ۱۳۸۵).

بین شغل و نمره میانگین رضایت نیز در هر دو سازمان ارتباط معناداری مشاهده شد ($P < 0/001$). این نتیجه با نتایج مطالعه سلیمانی نیز همخوانی دارد. در این مطالعه که با هدف "مقایسه رضایتمندی بیمه شدگان خدمات درمانی و تامین اجتماعی از خدمات درمانی ارائه شده در بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بهشتی" انجام گرفت رضایتمندی با شغل ارتباط معنی دار داشت به این معنی که نمره رضایتمندی با توجه به گروههای متفاوت شغلی متفاوت بود (سلیمانی، ۱۳۸۸).

بین تحصیلات و نمره میانگین رضایتمندی در هر دو سازمان ارتباط معنی دار بود به نحوی که این معنی داری در تمام حیطه ها و در هر دو سازمان نیز برقرار بود ($P < 0/001$). در هر دو سازمان با افزایش سطح تحصیلات درصد رضایتمندی نیز افزایش می یابد. در مطالعه سلیمانی نیز این ارتباط معنی دار بود (سلیمانی، ۱۳۸۹). ولی در مطالعه جعفری و همکاران این ارتباط معکوس بود به طوریکه اکثریت بیمه شدگان بیمه تکمیلی بی سواد و یا کم سواد بوده اند و از خدمات بیمه مکمل خود راضی بوده اند (جعفری، ۱۳۸۶). علت این امر احتمالاً مرتبط با این باشد که در مطالعه جعفری افراد در رابطه با رضایت از بیمه تکمیلی سوال می شدند و در این رابطه افراد با سطح سواد و آگاهی پایین تر رضایت بیشتری اعلام می کنند، چون به هر حال خدمات بیمه تکمیلی خدماتی را در مراکزی پوشش می دهد که بیمه پایه نمیدهد از همین رو اگر افراد درک تمایز این دو را ندانند باعث تفاوت در نظرهای آنان می گردد.

در مطالعه حاضر بین درآمد و رضایتمندی در سازمان تامین اجتماعی ارتباط معنی دار ($P < 0/01$) و در سازمان بیمه سلامت ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($P > 0/001$). سیف ربیعی و شهیدزاده نتیجه گیری کرده بودند که با

افزایش سطح درآمد میزان رضایتمندی از خدمات نیز افزایش می یابد (ربیعی و شهیدزاده، ۱۳۸۵). علت این امر احتمالا این است که با افزایش سطح اقتصادی اجتماعی افراد توقعات از دریافت خدمات بیشتر و میزان نارضایتی از خدمات نامطلوب نیز بیشتر شده است (رجبی و مهانی ۱۳۸۵). می توان گفت از آنجاییکه در سازمان بیمه سلامت صندوق ها به نحوی وجود دارند که اقشار مختلفی را پوشش می دهند این ارتباط معنی دار شده است. وجود صندوق های ایرانیان، سایر اقشار و کارکنان دولت خود بیانگر این است که اقشار متفاوتی از این بیمه استفاده می کنند ولی اغلب بیمه شدگان تامین اجتماعی تقریبا در یک سطح اقتصادی و اجتماعی هستند.

در پژوهش حاضر بین تعداد افراد تحت تکفل و میزان رضایت در بیمه شدگان رابطه معنادار برقرار بود ($P < 0/001$). به نحوی که با افزایش تعداد فرزندان رضایتمندی کاهش یافته بود. مطالعه اکبری که با هدف "مقایسه نظرات بیمه شدگان تامین اجتماعی با بیماران غیر بیمه تامین اجتماعی در بیمارستان امام رضا ارومیه" انجام گرفت نیز به همین نتیجه دست یافت (اکبری، ۱۳۸۶).

به طور کلی در هر دو سازمان رضایتمندی بیمه شدگان از حیطه های عملکردی متوسط ارزیابی شد به نحویکه سازمان تامین اجتماعی حائز نمره میانگین بیشتری بود. در مطالعه اکبری نیز بیشترین میزان رضایت در بین بیمه شدگان تامین اجتماعی و در حد متوسط بود (اکبری، ۱۳۸۶). البته اختلاف میانگین نمره رضایتمندی در دو سازمان معنادار نبود. در مطالعه سلیمانی نیز نمره کل میانگین رضایتمندی در بیمه شدگان هر دوی سازمان های بیمه سلامت و تامین اجتماعی تقریبا برابر به دست آمده بود (سلیمانی، ۱۳۸۸). در مطالعه هدایتی و همکاران نیز بیشتر بیمه شدگان کیفیت و کمیت خدمات بیمه ای را در حد متوسط ارزیابی کرده بودند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (هدایتی، ۱۳۸۰).

۵-۳ نتیجه گیری

میزان رضایت بیمه شدگان تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت ایران از سازمان های بیمه گر در حد متوسط ارزیابی شد. در مجموع رضایتمندی بیمه شدگان هر دو سازمان در حد متوسط ارزیابی شد. با این حال سازمان های بیمه گر می بایست تلاش نمایند نیازها و خواسته های مشتریان را به درستی بشناسند. با استفاده از نمرات رضایتمندی در هر حیطه عملکردی می توان دریافت که کدام حیطه نیاز به توجه بیشتری دارد تا از این طریق رضایت بیمه شدگان بیش از پیش تامین شود. البته باید در نظر داشت در تفسیر نمره رضایتمندی گفته می شود که نمره رضایت بالای مراجعان در تحقیقات ضرورتا به معنای کیفیت خدمات خوب نیست بلکه ممکن است نشان دهنده این باشد که آنها انتظارات پایین تری از ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی داشته اند و یا ممکن است ابراز رضایتمندی کنند به علت اینکه تمایل دارند خوشایند پرسشگر واقع شوند و یا ممکن است به خاطر اینکه می ترسند در آینده از ارائه خدمات به آنها خودداری شود و به خاطر اینکه نرمهای فرهنگی افراد مغایر با شکایت کردن است، از ابراز ناراضی خودداری کنند، بنابر این حتی مقدار کم ناراضی نیز باید خیلی جدی در نظر گرفته شود (یزدی، طوافیان، غفورپور، کاظم نژاد و امام زاده، ۱۳۸۷).

در رابطه با حیطه ها می توان گفت تمامی حیطه ها ارتباط معناداری با رضایتمندی داشته اند. ولی آنچه که موجب تغییر بیشتر نمره رضایتمندی در سازمانها شده بود، حیطه بسته خدمت و انباشت منابع بود. سازمان بیمه تامین اجتماعی با ارائه بسته حمایتی کامل تر توانسته است رضایت بیشتر بیمه شدگان را جلب نماید.

با توجه به نتایج این تحقیق و میانگین های بیان شده به نظر می رسد می بایست تمهیدات مناسبی از سوی مسوولین امر جهت ارتقای کیفیت خدمات بیمه درمانی در هر دو سازمان انجام شود تا میزان رضایت مشتری به حد مطلوبی برسد.

سازمان های بیمه گر می بایست تلاش نمایند نیازها و خواسته های مشتریان را به درستی بشناسند. با استفاده از نمرات رضایتمندی در هر حیطه عملکردی می توان دریافت که کدام حیطه نیاز به توجه بیشتری دارد تا رضایت بیمه شدگان

بیش از پیش تامین شود. امید است یافته های این پژوهش بتواند مبنایی برای ایجاد رضایت بیمه شدگان قرار بگیرد و با استفاده از نتایج این تحقیق در ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده گامی برداشته شود.

۵-۱۴ ارائه پیشنهادات اجرایی

- با توجه به اخذ نمره متوسط رضایت کل بیمه شدگان هر دو سازمان، پیشنهاد می گردد هر دو سازمان ساختار سیاستی و اجرایی خود را بازنگری نمایند.
- از آنجاییکه اصلاح همزمان تمامی حیطه ها، زمان بر و هزینه بر می باشد، لذا پیشنهاد می گردد حیطه هایی چون بسته بیمه خدمات که نمره رضایت کمتری داشتند در الویت بازنگری و حیطه هایی چون حق بیمه که دارای نمره رضایت بالاتری بودند در الویت های بعدی قرار گیرند.
- با توجه به پاسخ مدیران عالی سازمان های مورد بررسی در خصوص چالش های موجود، صندوق بیمه شدگان خاص در سازمان بیمه تامین اجتماعی با مشکلات بسیاری رو برو بود که احتمال می رود موجب نارضایتی بیمه شدگان نیز شده باشد. از جمله اینکه تنها صندوقی ست که افراد علاوه بر حق بیمه پرداختی باید سرانه درمان نیز بپردازند. از این رو پیشنهاد می شود سیاستگذاران سازمان مورد نظر در ابتدا برای این امر چاره ای اندیشیده و هم چنین انعطاف نشان دادن در محسوب نمودن سوابق بیمه ای نیز می تواند بسیاری از نارضایتی ها در این سازمان را کاهش دهد.
- با توجه به وجود ارتباط کلیه حیطه ها با رضایت بیمه شدگان پیشنهاد می گردد که در ارزشیابی عملکرد سازمانها، با استفاده از شاخص هایی چون سنجش میزان رضایت، تمامی حیطه های عملکردی به همراه خدمات مورد تعهد سنجش گردد.
- کسب نمره رضایت بالای صندوق روستایی نشان دهنده موفقیت سازو کار عملکردی آن می باشد. لذا پیشنهاد می گردد که در بازنگری سیاست های اجرایی صندوق هایی چون ایرانیان که مطابق ابلاغ سیاست های کلان

سلامت ابلاغی رهبری و ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه در دستور کار قرار دارد، از بخش های مرتبط موفق الهام گیرند.

- پیشنهاد می شود کاهش میزان گسیختگی در سازماندهی صندوق ها با ترکیب صندوق ها جهت افزایش انباشت خطر صورت گیرد.

۵-۴-۱- ارائه پیشنهاد برای پژوهش های بعدی

- پیشنهاد میشود این پژوهش با یک فاصله زمانی مجددا انجام گیرد. چرا که با اجرایی شدن قانون بیمه همگانی تغییرات زیادی را شاهد خواهیم بود.
- پیشنهاد می شود این پژوهش در سازمان های بیمه گر پایه دیگر از جمله بیمه نیروهای مسلح و کمیته امداد نیز انجام گیرد.
- از آنجاییکه حیطه حق بیمه و انباشت خطر با رضایت مندی بیمه شدگان معناداری بیشتری نشان دادند پیشنهاد می شود "بررسی حیطه انباشت خطر در سازمان های بیمه گر پایه و ارتباط آن با رضایت بیمه شدگان" و "بررسی حیطه حق بیمه در سازمان های بیمه گر پایه ارتباط آن با رضایت بیمه شدگان" انجام شود.
- نظر به اهمیت جایگاه بیمه های تکمیلی سلامت "بررسی حیطه های عملکردی بیمه های تکمیلی و ارتباط آن با رضایتمندی بیمه شدگان" پیشنهاد می شود.

- Abdi, Zhale, & Hekmat, Somaye Noori. (2009). private Health Insurance in developing countries. *New World Insurance*, 119, 56-49(PERSIAN).
- Akbari, Masoome. (2007). *Assessment of Satisfaction Rate Among the Working Staff of Mazandaran University of Supplemental Insurance Company in 2005*. Azad University(persian).
- Arab, Mohamad, Kavooosi, Zahra, Ravangard, Ramin, & Ostovar, Rahim. (2014). *Health Insurance System*. Tehran: Iranian Academic Center for Education,Culture & Research(TUMS Branch) (persian).
- Atkinson, Sarah, & Haran, Dave. (2005). Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Social science & medicine*, 60(3), 501-513.
- Babaei, nematolah. (2003). social policy and health. *social welfare quarterly*, 3(10) (persian).
- Bahadori, Mohammadkarim, Ravangard, Ramin, Rahmani, Hojjat, & Hajisaffar, Sana. (2012). Prioritizing the performance indicators of a large insurance organization in Iran from the patients' perspective. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health (IJCRIMPH)*, 4(7).
- Bahadori, Mohammadkarim, Yaghoubi, Maryam, Ravangard, Ramin, Alimohammadzadeh, Khalil, & Teymourzadeh, Ehsan. (2014). The Performance Indicators of an Insurance Organization from the Viewpoints of the Health-care Providers. *Journal of Health Policy and Sustainable Health*, 1(2).
- Bahadori, Mohammadkarim, Zaboli, Rouhollah, & Ghanbari, Abbas. (2013). Quality of services provided to veterans referred to a branch of the armed forces in Hamadan. *Iranian Journal of War and Public Health*, 6(1), 44-50.
- Carrin, Guy, James, Chris, & Organization, World Health. (2004). Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period.
- Charles, Pheleps. (1376). *health Economics* (M. Asgari, Trans.). Tehran: eghtesade no(persian).
- Coyle, Joanne, & Williams, Brian. (2001). Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care. *Journal of advanced nursing*, 36(3), 450-459.

- Crow, Rosemary, Gage, H, Hampson, S, Hart, J, Kimber, A, Storey, L, & Thomas, H. (2002). *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*: Core Research.
- Dehnavieh, Reza, Tabibi, Sayed Jamaledin, Maleki, Mohammadreza, Rashidian, Arash, Noorihekmat, Somayeh, (۲۰۱۰)). Information Criteria for Basic Health Insurance Package in Iran from Health Insurance Organization's View. *Health Information Management*, 7(2(persian)).
- Ekman, Björn. (2007). Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country. *Health policy*, 83(2), 304-313.
- Farhangi, sara sadat hosseini, dortaj, dr faribirz, & talebi, mehdi. (2009). satisfaction of the janbazan (veteran) from complemented insurance services and their connection with type and percentage of injury. *Iranian Journal of Qar and Public Health*, 1(4), 14-21(persian).
- Ghabeljoo, M. (1999). *Comparative study in health insurance systems and design a model for iran*. (PHD), Tehran Azad iniversity(persian).
- GHafoori, Mahdi. (2003). Investigation in satsfaction factors of Dana insured. *Quarterly Journal of Insurance Research College*, 19(3), 135-152(persian).
- Ghanbari, Abbas, Hojati, Mohamad amin, Toloe, Sajad, & Nejati, Bayram. (2012). *Investigarion in satisfaction of armed insured about coverage insurance in Hamedan* Paper presented at the health economic(persian).
- GHIASVAND, HESAM, & HADIAN MOHAMMAD, MALEKI MOHAMMAD REZA. (2011). Relationship between Health Insurance and Catastrophic Medical Payment in Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Science; 2009. *TAHGHIGHAT-E-EGHTESAD*(persian)I.
- Giger, J, & davidhizar, R. (2004). *transcultural nursing assessment and intevention*. Paper presented at the Mosby.
- Hafezi, Mohamadhasan. (2012). history of insurance *Peike bima*, 2(317), 23(persian).
- Hajiyan, K. (2007). investigation in satisfaction of patients in Shahid beheshty hospitals and Yahyanejad in Babol. *Babol university of medical sciences*, 9(2), 51-60.
- Hedayati, Saeed. (2000). investigation in performance of health insurance organization in Mashhad 1379. *Horizon of medical sciences*, 6(2), 75-65(persian).
- Hodge Jr, James G, & Valentine, Nicole. (2003). The domains of health responsiveness—a human rights analysis.
- Hoffman, Catherine. (2008). *The uninsured: A primer: Key facts about Americans without health insurance*: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Hoseini, shahnaz. (2003). health insurance coverage and uninsured people in Iran and Unites State. *health insurance journal*, 24(persian).

- Hosseini, A, Asadi, F, & Esmaeili, M. (2011). Problems of Health Insurance Systems and the Need for Implementation of a Reform Approach. *Journal of Health Administration*, 14(44), 71-80(persian).
- Jafari, H, Esmaeel, R, Heidari, J, Nasiri, E, & Ali, Mohammadpoor R. (2007). Assessment of satisfaction rate among the working staff of Mazandaran university of supplemental insurance company in 2005. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*(persian).
- Jenkinson, Crispin, Coulter, A, Bruster, S, Richards, N, & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and safety in health care*, 11(4), 335-339.
- Jooma, Rashid, & Jalal, Sabeena. (2012). Designing the first ever health insurance for the poor in Pakistan—a pilot project. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(1), 56-58.
- Karimi, Iraj, Salarian, Azita, & Anbari, Zohreh. (2010). A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. *Arak Medical University Journal*, 12(4), 92-104(persian).
- Khaleghnejad, Ahmad, rezaee, H, & Maleki, Mohamadreza. (2005). *health insurance in societal sector System*. tehran: societal security research institute(persian).
- Lundy, Karen Saucier, & Janes, Sharyn. (2009). *Community health nursing: Caring for the public's health*: Jones & Bartlett Learning.
- MALEKI, MOHAMMAD REZA, EBRAHIMPOUR, HOSSEIN, KARIMI, IRAJ, & GOUHARI, MOHAMMAD REZA. (2008). SUSTAINABLE UNIVERSAL HEALTH INSURANCE COVERAGE BARRIERS IN IRAN: 2007(persian).
- Morris, Stephen, Belvin, Nancy, & Parkin, David. (1392). *Economic Analysis in Health Care* (Vol. 1). tehran: Insurance Research Cenetr.
- NAKHAI AGHMIYUNI, MANIZHEH, & KAMOUYI, MINA. (2010). ESTIMATING THE PRIVATE HEALTH INSURANCE DEMAND FUNCTION IN IRANIAN URBAN AREA: TOBIT ANALYSIS. *SANAAT-E-BIMEH*(persian).
- Nathorst-Böös, Jörgen, Munck, Ingrid ME, Eckerlund, Ingemar, & Ekfeldt-Sandberg, Carolina. (2001). An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *International Journal for Quality in health care*, 13(3), 257-264.
- Niyakan, Nazila. (2012). Investigation in satifaction of life insurance. *News of insurance*, 174, 18-14.
- Nketiah-Amponsah, Edward, & Hiemenz, Ulrich. (2009). Determinants of consumer satisfaction of health care in Ghana: does choice of health care provider matter? *Global Journal of Health Science*, 1(2), P50(persian).

- Panahi, B. (2000). *Principles of Social Security* Tehran: Institute of Social Ssecurity esearch.
- Pannarunothai, Supasit, Patmasiriwat, Direk, & Srithamrongsawat, Samrit. (2004). Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling. *Health Policy*, 68(1), 17-30.
- Pooreslami, Mohamad. (2003). Empowerment in Health Promotion. *Teb va Tazkiyeh*, 28(9-21) (persian).
- Prekar, AS, Carrin, G, Dror, DM, Jakab, M, Hsiao, W, & Arhin, D. (2001). The role of community in resource mobilisation and risk sharing: A synthesis report. *Health Care Financing for Rural and Low-income Populations, A Collection of Background Reports for the Commission on Macro Economics and Health*.
- R, Randall, Bonbjerg, & Hadley, Jack. (2007). t. u. institute.
- Rabii, Seif, & Mahani, Shahidzade. (2006). satisfaction of inpatient in general hospital of Hamedan university of medical sciences *Payesh*, 5(4), 271-279(persian).
- Rahimi, Hasan, & Jafarnejad, Ahmad. (2005). Measuring Insurance ServiceQuality Using SERVQUAL Model: Case Study at Asia, Iran, Alborz and Dana Insurance. *Insurance Industry*20(3), 113-148(persian).
- Ramprsd, Hubert. (2004). *total quality management* (R. nemat, Trans.). tehran: mirmah.
- Reinhardt, Uwe E, & Cheng, Tsung-mei. (2000). The world health report 2000-Health systems: improving performance. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(8), 1064-1064.
- Resiberh, M. (1996). Customer Satisfaction in Health Care. Administration and Supervision. 6(2), 12-15.
- Robertson, Susan E, & Valadez, Joseph J. (2006). Global review of health care surveys using lot quality assurance sampling (LQAS), 1984–2004. *Social science & medicine*, 63(6), 1648-1660.
- Saeed, A, & Khosravi, H. (2010). investigation in satisfactin factors of insured in health insurance organization in Khoramabad. *behavioral sciences*, 5(2), 75-98(persian).
- Safari, Habibolah. (2001). *Investigation in satisfaction among working staff of Garmsar in health insurance* Azad University(persian).
- safdari, reza, ghazisaeedi, marjan, godini, azade, & monajemi, farshid. (2010). Comparative Study of Payment mechanism in Iran,United states,Australia. *Teb va Tazkiyeh*, 77, 41-51(persian).
- Sehat, Saeed, & Najafi, Vahid. (2010). A Comparative study of supplement health insurance in China & Sweden. *Health Insurance News*, 140, 1-19(persian).
- Seidi, M, Hydary, A, & Karami, SR Reis. (2005). MEDICAL AND NURSING SERVICES AND PATIENTS'SATISFACTION LEVEL. *Iran Journal of Nursing*, 17(40), 55-61.

- Soleimani, Farangis. (2009). *comparative study of medical services and social security insur.* (MS), Shahidbeheshty university of medical sciences(persian).
- TAVOUSHI, MAHMOOD, SADIGHI, JILA, FARZADI, FARANAK, EBADI, MAHDI, OMIDVARI, SEPIDEH, AZIN, ALI, HEDAYATI, ALI ASGHAR. (2012). IRANIAN'S PERCPECTIVES ABOUT HEALTH IMPORTANCE. *payesh*, 11(5), 611-619(persian).
- VAFAEI, NAJAR A, KARIMI, I, & Sadaghiani, E. (2006). A comparative study of supplementary healthcare services packages in selected countries and presenting a model for Iran. *HEALTH INFORMATION MANAGEMENT*(persian).
- Wagner, Debra, & Bear, Mary. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of advanced nursing*, 65(3), 692-701.
- Williams, Brian. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social science & medicine*, 38(4), 509-516.
- Witter, Sophie, Ti, e Ensore, Jowelt, Mathew, & Thompson, Robin. (2004). *Health Economics for Developing Countries* Tehran: Institute for Management & Planning Studies.
- Yazdi, Nahid Ahmadian, Tavafian, Sedigheh Sadat, Emadzadeh, Ali, Kazemnejad, Anooshirvan, & Ghofranipour, Fazlollah. (2008). Communication training and patient satisfaction: A randomized trial study from Mashhad, Iran. *Patient preference and adherence*, 2, 137(persian).
- ZAre, Hosein. (2006). *Basic Health Insurance*. Tehran: Health Insurance Organization(persian).

پیوست ۱

«بسمه تعالی»

«پرسشنامه بیمه شدگان تامین اجتماعی»

با سلام و احترام؛

پرسشنامه ای که پیش روی دارید جهت بررسی میزان رضایت بیمه شدگان از خدمات بیمه ای به منظور شناسایی نقاط ضعف و قوت سازمان بیمه تامین اجتماعی و با هدف بهبود کیفیت خدمات ارائه شده توسط آنها طراحی شده است. خواهشمند است به سوالات طراحی شده پاسخ دهید. بدیهی است که انجام این بررسی بدون یاری شما در پاسخگویی به پرسشهای مطرح شده میسر نخواهد بود. پیشاپیش از همکاری صمیمانه شما سپاسگزاری می نمایم.

بخش اول: مشخصات فردی

۱- جنس: ☐ زن ☐ ۲- مرد

۲- سن: سال

۳- میزان تحصیلات: ☐ ۱- بی سواد ☐ ۲- زیر دیپلم ☐ ۳- دیپلم ☐ ۴- فوق دیپلم ☐ ۵- لیسانس ☐ ۶- فوق لیسانس

۷- دکتری حرفه ای (پزشکی، دندان پزشکی، داروسازی و دامپزشکی) ☐ ۸- دکتری تخصصی و Ph.D ☐ ۹- فوق تخصص ☐

۴- وضعیت تأهل: ☐ ۱- مجرد ☐ ۲- متأهل ☐ ۳- بیوه ☐ ۴- مطلقه ☐

۵- آیا افرادی را تحت تکفل خود دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر

۶- در صورت بلی، تعداد افراد تحت تکفل: ☐ ۱ نفر ☐ ۲ نفر ☐ ۳ نفر ☐ ۴ نفر ☐ ۵ نفر ☐ ۵ نفر به بالا ☐

۷- شغل: ☐ ۱- بیکار ☐ ۲- خانه دار ☐ ۳- محصل ☐ ۴- دانشجو ☐ ۵- کارمند ☐ ۶- شغل آزاد ☐ ۷- عضو هیات علمی دانشگاه ☐ ۸- کارگر ☐

۹- راننده ☐ ۱۰- بازنشته ☐ ۱۱- سایر

۸- میزان درآمد: ☐ ۱- کمتر از ۵۰۰ هزار تومان ☐ ۲- بین ۵۰۰ تا یک میلیون تومان ☐ ۳- بین یک میلیون تا یک میلیون و ۵۰۰ هزار تومان ☐

۴- بین یک میلیون و ۵۰۰ هزار تومان تا دو میلیون تومان ☐ ۵- بالای دو میلیون تومان ☐

۹- نام صندوق بیمه ای: ☐ ۱- اجباری ☐ ۲- خاص ☐ ۳- بیکاری ☐ ۴- توافقی ☐

۱۰- طول مدت بیمه: سال ماه

۱۱- میزان حق بیمه پرداختی ماهانه

۱۲- نوع بیمه درمانی شما چیست؟ ۱- اجباری ☐ ۲- اختیاری ☐

در صورت اجباری بودن بیمه ، لطفاً به سوال ۱۳ پاسخ دهید:

۱۳- اگر بیمه شما اجباری نبود کدام بیمه را انتخاب می کردید؟ لطفاً نام ببرید.....

۱۴- آیا تحت پوشش بیمه تکمیلی می باشید؟ ۱- بلی ☐ ۲- خیر ☐

در صورت بلی بودن ، لطفاً به سوال ۱۵ و ۱۶ پاسخ دهید:

۱۵- نام بیمه تکمیلی:.....

۱۶- آیا از خدمات بیمه تکمیلی خودتان راضی هستید ؟ بلی ☐ خیر ☐

پاسخگوی گرامی تقاضا می شود میزان رضایت خود را از خدمات تحت پوشش صندوق بیمه ای که در سوال ۱ انتخاب نموده اید ، بیان نمایید.

ردیف	سوال	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	تا چه حد از مبلغ پرداختی بابت حق بیمه صندوق بیمه ای خودتان راضی هستید؟					
۲	از نحوه و شکل پرداخت حق بیمه خود به چه میزان رضایت دارید؟(سالیانه، ماهانه...)					
۳	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات درمانی بستری در مراکز طرف قرارداد، راضی هستید؟					
۴	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات درمانی بستری در مراکز وابسته به تامین اجتماعی، راضی هستید؟					
۵	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات تشخیصی(رادیولوژی،آزمایشگاه و...) در مراکز طرف قرارداد، راضی هستید؟					
۶	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات تشخیصی(رادیولوژی،آزمایشگاه و...) در مراکز وابسته به تامین اجتماعی، راضی هستید؟					
۷	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت سایر خدمات پاراکلینیک(مانند فیزیو تراپی و ...) در مراکز طرف قرارداد، راضی هستید؟					
۸	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت سایر خدمات پاراکلینیک(مانند فیزیو تراپی و ...) (مراکز وابسته به تامین اجتماعی، راضی هستید؟					
۹	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات ویزیت و خدمات سرپایی پزشکان در مراکز طرف قرارداد، راضی هستید؟					
۱۰	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات ویزیت و خدمات سرپایی پزشکان در مراکز وابسته به تامین اجتماعی ، راضی هستید؟					
۱۱	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات دارویی در مراکز طرف قرارداد، راضی هستید؟					
۱۲	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات دارویی در مراکز وابسته به تامین اجتماعی، راضی هستید؟					
۱۳	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات اورژانس در مراکز طرف قرارداد، راضی هستید؟					
۱۴	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات اورژانس در مراکز وابسته به تامین اجتماعی، راضی هستید؟					
۱۵	تا چه حد از نحوه عضویت در صندوق بیمه ای تان (اجباری یا اختیاری بودن) راضی هستید؟					
۱۶	به چه میزان از پوشش خدمات صندوق بیمه ای خود در صورت مراجعه به مراکز خصوصی راضی هستید؟					
۱۷	به چه میزان از پوشش خدمات صندوق بیمه ای خود در صورت مراجعه به مراکز دولتی راضی هستید؟					

الف) از نظر شما مشکلات بیمه سلامت کشور چیست؟ لطفاً مرقوم فرمایید.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ب) پیشنهاد شما برای بهبود سیستم بیمه سلامت کشور، چیست؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

					به چه میزان راضی هستید؟	
					از نحوه دسترسی به مراکز تشخیصی (رادیولوژی، آزمایشگاه و...) طرف قرارداد صندوق بیمه ای تان به چه میزان راضی هستید؟	۳۲
					از نحوه دسترسی به مراکز تشخیصی (رادیولوژی، آزمایشگاه و...) وابسته به تامین اجتماعی صندوق بیمه ای تان به چه میزان راضی هستید؟	۳۳
					از نحوه دسترسی به مراکز پاراکلینیک (مانند فیزیو تراپی و ...) طرف قرارداد صندوق بیمه ای تان به چه میزان راضی هستید؟	۳۴
					از نحوه دسترسی به مراکز پاراکلینیک (مانند فیزیو تراپی و ...) وابسته به تامین اجتماعی صندوق بیمه ای تان به چه میزان راضی هستید؟	۳۵
					از نحوه دسترسی به داروخانه های طرف قرارداد صندوق بیمه ای تان به چه میزان راضی هستید؟	۳۶
					از نحوه دسترسی به داروخانه های وابسته به تامین اجتماعی صندوق بیمه ای تان به چه میزان راضی هستید؟	۳۷
					تا چه حد از دسترسی به شعبات صندوق بیمه خودتان برای انجام امور اداری (تمدید دفترچه و...) رضایت دارید؟	۳۸
					تا چه حد از دسترسی به مدیران و مسئولین شعبات صندوق بیمه خودتان (برای بیان مسائل و مشکلاتتان و...) رضایت دارید؟	۳۹
					سرعت رسیدگی به امور بیمه ای (صدور، تعویض، تمدید دفترچه و...) به چه میزان از نظر شما راضی کننده است ؟	۴۰
					به چه میزان از نحوه اطلاع رسانی صندوق بیمه ای خود در خصوص خدمات تحت پوشش و حقوق شما در قبال بیمه، رضایت دارید؟	۴۱

پیوست ۲

«بسمه تعالی»

«پرسشنامه بیمه شدگان بیمه سلامت»

با سلام و احترام؛

پرسشنامه ای که پیش روی دارید جهت بررسی میزان رضایت بیمه شدگان از خدمات بیمه ای به منظور شناسایی نقاط ضعف و قوت سازمان بیمه تامین اجتماعی و با هدف بهبود کیفیت خدمات ارائه شده توسط آنها طراحی شده است. خواهشمند است به سوالات طراحی شده پاسخ دهید. بدیهی است که انجام این بررسی بدون یاری شما در پاسخگویی به پرسشهای مطرح شده میسر نخواهد بود. پیشاپیش از همکاری صمیمانه شما سپاسگزاری می نمایم.

بخش اول: مشخصات فردی

۱- جنس: ۱- زن ☐ ۲- مرد ☐

۲- سن: سال

۳- میزان تحصیلات: ۱- بی سواد ☐ ۲- زیر دیپلم ☐ ۳- دیپلم ☐ ۴- فوق دیپلم ☐ ۵- لیسانس ☐ ۶- فوق لیسانس ☐

۷- دکتری حرفه ای (پزشکی، دندان پزشکی، داروسازی و دامپزشکی) ☐ ۸- دکترای تخصصی و Ph.D ☐ ۹- فوق تخصص ☐

۴- وضعیت تأهل: ۱- مجرد ☐ ۲- متأهل ☐ ۳- بیوه ☐ ۴- مطلقه ☐

۵- آیا افرادی را تحت تکفل خود دارید؟ بلی ☐ خیر ☐

۶- در صورت بلی، تعداد افراد تحت تکفل: ۱ نفر ☐ ۲ نفر ☐ ۳ نفر ☐ ۴ نفر ☐ ۵ نفر ☐ ۵ نفر به بالا ☐

۷- شغل: ۱- بیکار ☐ ۲- خانه دار ☐ ۳- محصل ☐ ۴- دانشجو ☐ ۵- کارمند ☐ ۶- شغل آزاد ☐ ۷- عضو هیات علمی دانشگاه ☐ ۸- کارگر ☐

۹- راننده ☐ ۱۰- بازنشته ☐ ۱۱- سایر

۸- میزان درآمد: ۱- کمتر از ۵۰۰ هزار تومان ☐ ۲- بین ۵۰۰ تا یک میلیون تومان ☐ ۳- بین یک میلیون تا یک میلیون و ۵۰۰ هزار تومان ☐

۴- بین یک میلیون و ۵۰۰ هزار تومان تا دو میلیون تومان ☐ ۵- بالای دو میلیون تومان ☐

۹- نام صندوق بیمه ای: ۱- کارمندی ☐ ۲- سایر اقشار ☐ ۳- روستایی ☐ ۴- ایرانیان ☐

۱۰- طول مدت بیمه: سال ماه

۱۱- میزان حق بیمه پرداختی ماهانه

۱۲- نوع بیمه درمانی شما چیست؟ ۱- اجباری ☐ ۲- اختیاری ☐

در صورت اجباری بودن بیمه ، لطفاً به سوال ۱۳ پاسخ دهید:

۱۳- اگر بیمه شما اجباری نبود کدام بیمه را انتخاب می کردید؟ لطفاً نام ببرید.....

۱۴- آیا تحت پوشش بیمه تکمیلی می باشید؟ ۱- بلی ☐ ۲- خیر ☐

در صورت بلی بودن ، لطفاً به سوال ۱۵ و ۱۶ پاسخ دهید:

۱۵- نام بیمه تکمیلی:.....

۱۶- آیا از خدمات بیمه تکمیلی خودتان راضی هستید ؟ ۱- بلی ☐ ۲- خیر ☐

پاسخگوی گرامی تقاضا می شود میزان رضایت خود را از خدمات تحت پوشش صندوق بیمه ای که در سوال ۱ انتخاب نموده اید ، بیان نمایید.

ردیف	سوال	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	تا چه حد از مبلغ پرداختی بابت حق بیمه صندوق بیمه ای خودتان راضی هستید؟					
۲	از نحوه و شکل پرداخت حق بیمه خود به چه میزان رضایت دارید؟(سالیانه، ماهانه...)					
۳	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات درمانی بستری در مراکز طرف قرارداد راضی هستید؟					
۴	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات تشخیصی(رادیولوژی،آزمایشگاه و...) در مراکز طرف قرارداد، راضی هستید؟					
۵	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت سایر خدمات پاراکلینیک(مانند فیزیو تراپی و ...) در مراکز طرف قرارداد، راضی هستید؟					
۶	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات ویزیت و خدمات سرپایی پزشکان در مراکز طرف قرارداد راضی هستید؟					
۷	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات دارویی در مراکز طرف قرارداد، راضی هستید؟					
۸	تا چه حد از مبلغ پرداختی در زمان دریافت خدمات اورژانس در مراکز طرف قرارداد، راضی هستید؟					
۹	تا چه حد از نحوه عضویت در صندوق بیمه ای تان (اجباری یا اختیاری بودن) راضی هستید؟					
۱۰	به چه میزان از پوشش خدمات صندوق بیمه ای خود در صورت مراجعه به مراکز خصوصی راضی هستید؟					
۱۱	به چه میزان از پوشش خدمات صندوق بیمه ای خود در صورت مراجعه به مراکز دولتی راضی هستید؟					
۱۲	خدمات تحت پوشش صندوق بیمه ای شما تا چه میزان متناسب با نیاز هایتان می باشد؟					
۱۳	از امنیت خاطر ایجاد شده از طرف بیمه درمانی خود برای مواقع بیماری و حادثه، تا چه حد راضی هستید؟					
۱۴	نوع خدمات درمانی بستری تعهد شده از طرف صندوق بیمه ای، به چه میزان راضی کننده است؟					
۱۵	نوع خدمات تشخیصی(رادیولوژی،آزمایشگاه و...) تعهد شده از طرف صندوق بیمه ای تان، به چه میزان راضی کننده است؟					
۱۶	نوع سایر خدمات پاراکلینیک(مانند فیزیو تراپی و ...) تعهد شده از طرف صندوق بیمه ای تان، به چه میزان راضی کننده است؟					
۱۷	نوع خدمات ویزیت و خدمات سرپایی پزشکان تعهد شده از طرف صندوق بیمه ای تان، به چه میزان راضی کننده است؟					
۱۸	نوع خدمات دارویی تعهد شده از طرف صندوق بیمه ای تان، به چه میزان راضی کننده است؟					

۱۹	نوع خدمات اورژانسی تعهد شده از طرف صندوق بیمه ای تان، به چه میزان راضی کننده است؟				
۲۰	تا چه میزان از خدمات حمایتی جانبی صندوق بیمه ای تان (مانند پرداخت هزینه های مراقبت در منزل، دندانپزشکی، پروتز، عینک، وسایل کمکی و.....) راضی هستید؟				
۲۱	از تعداد مراکز درمانی صندوق بیمه ای خودتان تا چه حد رضایت دارید؟				
۲۲	از نحوه دسترسی به بیمارستانهای طرف قرارداد صندوق بیمه ای تان به چه میزان راضی هستید؟				
۲۳	از نحوه دسترسی به مطب پزشکان (عمومی، تخصص و فوق تخصص ...) طرف قرارداد صندوق بیمه ای تان به چه میزان راضی هستید؟				
۲۴	از نحوه دسترسی به مراکز تشخیصی (رادیولوژی، آزمایشگاه و...) طرف قرارداد صندوق بیمه ای تان به چه میزان راضی هستید؟				
۲۵	از نحوه دسترسی به مراکز پاراکلینیک (مانند فیزیو تراپی و ...) طرف قرارداد صندوق بیمه ای تان به چه میزان راضی هستید؟				
۲۶	از نحوه دسترسی به داروخانه های طرف قرارداد صندوق بیمه ای تان به چه میزان راضی هستید؟				
۲۷	تا چه حد از دسترسی به شعبات صندوق بیمه خودتان برای انجام امور اداری (تمدید دفترچه و...) رضایت دارید؟				
۲۸	تا چه حد از دسترسی به مدیران و مسئولین شعبات صندوق بیمه خودتان (برای بیان مسائل و مشکلاتتان و...) رضایت دارید؟				
۲۹	سرعت رسیدگی به امور بیمه ای (صدور، تعویض، تمدید دفترچه و...) به چه میزان از نظر شما راضی کننده است ؟				
۳۰	به چه میزان از نحوه اطلاع رسانی صندوق بیمه ای خود در خصوص خدمات تحت پوشش و حقوق شما در قبال بیمه، رضایت دارید؟				

الف) از نظر شما مشکلات بیمه سلامت کشور چیست؟ لطفاً مرقوم فرمایید.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ب) پیشنهاد شما برای بهبود سیستم بیمه سلامت کشور، چیست؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Investigation in functional areas of Iran Health Insurance Organization and Social Security Organization -their relationship with insured's satisfaction in Tehran: 2014

Abstract

Background: According to the role of health insurance, Consent of the insured is also important. Patient's satisfaction is a complicated phenomenon that affected by various factors.

Purpose: The aim of this study was determination of insured's satisfaction and its relationship with functional areas of Iran Health Insurance Organization and Social Security Organization in Tehran.

Method: This study was descriptive. The sample size included 229 insured of Iran Health Organization Insurance and 384 insured of Social Security Organization in Tehran. Data were collected by questionnaire were confirmed of P validity to be used in the pilot study. Also data were analyzed in descriptive method with SPSS 20 software. Interview with managers determine Functional areas and performance of organizations.

Results: Satisfaction rate of Iran Health Insurance Organization and Social Security Organization was 2/7 and 2/8. In Iran Health Insurance Organization highest satisfaction rate was related to premium domain with the mean of 3. Rural fund with the mean of 2/9 satisfaction rate was the first and Iranian fund was the last. Risk pooling has highest satisfaction rate In Social Security Organization. Compulsory fund with was the first. Also there is significant relationship among satisfaction and education, job, Number of dependents, compulsory or optional insurance.

Conclusion : Finally insured's satisfaction of health insurance organization and Social Security Organization was evaluated good. Organizations recognize what is important for customers by themselves. Inappropriate diagnosis of needs caused of customer dissatisfaction and increases of distance between real and ideal satisfaction. With satisfaction rate of insured in each domain they can recognize the weakness of each domain and pay attention to them. In this way, Satisfaction of insured will become more.

Keywords : Satisfaction, insured, functional area, Socaial Security Organization, Iran Health Insurance



Qazvin university of Medical Sciences

Faculty of Health

Thesis Submitted for The degree of M.Sc. in Health Care Management

Title:

**Investigation in functional areas of Iran Health Insurance Organization and
Social Security Organization -their relationship with insured's satisfaction in
Tehran: 2014**

Supervisor:

Dr. Rafat Mohebbifar

Adviser:

Dr. Moosa Tabatabaee

Mrs Ghanati

By:

Nafise Ghasemi

2014

